

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Der Ludwig-Maximilians-Universität München
Direktor: Prof. Dr. Peter Falkai

**Die Ausprägung dysfunktionaler
Verhaltensweisen von Patienten mit einer
Borderline-Persönlichkeitsstörung in
Abhängigkeit von depressiver Symptomatik**

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Eva Sophia Holzamer
aus Bonn
2015

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität München

Berichterstatter: Priv. Doz. Dr. Frank Padberg

Mitberichterstatter: Priv. Doz. Dr. Thomas Zetzsche

Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter:

Dekan: Prof. Dr. med. dent. Reinhard Hickel

Tag der mündlichen Prüfung: 15.10.2015

-III-

Für Anna



Abb. 1: Zeichnung einer Probandin

Wenn ich mit mir alleine bin,
dann muss ich ständig zittern,
lebensfremd und unfähig
in jedem Schatten Terror wittern.
Wenn man mich aus dem Auge lässt,
beginne ich zu tropfen,
die ganze Welt mit Haut und Haar
in meinen Leib zu stopfen.

Wenn man mich nicht beaufsichtigt,
mich Tag und Nacht beschäftigt,
mir dauernd neues Spielzeug gibt
und mich nicht unterhält
dann rei' ich mir die Haare aus
weil meine Welt zusammenfällt.
Kurzum: bin ich mit mir alleine,
bringe ich mich um.

(Samsas Traum – Glück und Asche)

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	V
Abbildungsverzeichnis.....	VII
Tabellenverzeichnis.....	IX
1 Einleitung.....	1
1.1 Die Borderline-Persönlichkeitsstörung.....	1
1.2 Historisches zur Borderline-Störung	2
1.3 Derzeitiger Stand der Forschung	3
1.3.1 Die Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung.....	3
1.3.2 Allgemeine Psychopathologie	4
1.3.3 Ätiopathogenese.....	6
1.3.4 Komorbiditäten	7
1.4 Selbstschädigendes Verhalten bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung.....	8
1.5 Borderline und depressive Symptomatik.....	10
1.6 Die Rolle von traumatischen Kindheitserfahrungen.....	13
1.7 Therapiemöglichkeiten der Borderline-Störung	15
1.8 Weiterführende Gedanken zur Borderline-Störung	19
2 Fragestellung	23
3 Methoden	24
3.1 Stichprobenbeschreibung.....	24
3.2 Untersuchungshergang und Instrumente	25
3.3 Statistische Auswertung.....	27
4 Ergebnisse.....	29
4.1 Deskriptive Statistik.....	29
4.1.1 Probanden	29
4.1.2 Borderline-Symptomatik	29
4.1.3 Depressive Symptomatik	31
4.2 Multivariate Datenanalyse und statistische Testverfahren	60
4.2.1 Zusammenhang von dysfunktionalen Verhaltensweisen mit depressiver Symptomatik	60
4.2.2 Zusammenhang von traumatischen Kindheitserlebnissen mit depressiver Symptomatik	67

5	Diskussion	73
5.1	Methodendiskussion	73
5.2	Ergebnis-Diskussion	74
5.2.1	Patientenkollektiv	74
5.2.2	Im Fokus: aktives dysfunktionales Verhalten	75
5.2.3	Im Fokus: aktives dysfunktionales Verhalten mit anderen	78
5.2.4	Im Fokus: passives dysfunktionales Verhalten	79
5.2.5	Im Fokus: passives dysfunktionales Verhalten mit anderen	81
5.2.6	Die Rolle von traumatischen Kindheitserfahrungen	83
5.2.7	Die Rolle von Depressivität	84
5.3	Ausblick	86
6	Zusammenfassung	88
	Literaturübersicht	XV
	Anhang	XXV
	Lebenslauf	Fehler! Textmarke nicht definiert.

Abbildungsverzeichnis

Abb.1: Zeichnung einer Probandin

Abb.2: Aktuelle Schwere der Borderline-Erkrankung gemäß BSL-23

Abb.3: Mittelwert der erreichten Punktzahl beim BSL-23

Abb.4: Schwere der Depression gemäß Hamilton-Einteilung

Abb.5: Verteilung der erreichten Punkte im Hamilton-Rating-Scale

Abb.6: Allgemeine Verteilung dysfunktionalen Verhaltens

Abb.7: Unterteilung Motive passiver Selbstschädigung

Abb.8: Unterteilung Motive passiver Selbstschädigung mit anderen

Abb.9: Unterteilung Motive aktiver Selbstschädigung

Abb.10: Unterteilung Motive aktiver Selbstschädigung mit anderen

Abb.11: Verteilung der Schwere von erlebtem emotionalen Missbrauch

Abb.12: Verteilung der Schwere von erlebtem körperlichen Missbrauch

Abb.13: Verteilung der Schwere von erlebtem sexuellen Missbrauch

Abb. 14: Verteilung der Schwere von erlebter emotionaler Vernachlässigung

Abb.15: Verteilung der Schwere von erlebter körperlicher Vernachlässigung

Abb.16: Diagramm der Werte des Hamilton-Score in Abhängigkeit von passiver Selbstschädigung

Abb.17: Diagramm der Werte des Hamilton-Score in Abhängigkeit von passiver Selbstschädigung mit anderen

Abb.18: Diagramm der Werte des Hamilton-Score in Abhängigkeit von aktiver Selbstschädigung

Abb.19: Diagramm der Werte des Hamilton-Score in Abhängigkeit von aktiver Selbstschädigung mit anderen

Tabellenverzeichnis

Tabl.1: Abhängigkeit passiver Selbstschädigung von der Schwere der Depression

Tabl.2: Abhängigkeit passiver Selbstschädigung mit anderen von der Schwere der Depression

Tabl.3: Abhängigkeit aktiver Selbstschädigung von der Schwere der Depression

Tabl.4: Abhängigkeit aktiver Selbstschädigung mit anderen von der Schwere der Depression

Tabl.5: Schwere des emotionalen Missbrauchs in Korrelation zur aktuellen depressiven Symptomatik

Tabl.6: Schwere des körperlichen Missbrauchs in Korrelation zur aktuellen depressiven Symptomatik

Tabl.7: Schwere des sexuellen Missbrauchs in Korrelation zur aktuellen depressiven Symptomatik

Tabl.8: Schwere der emotionalen Vernachlässigung in Korrelation zur aktuellen depressiven Symptomatik

Tabl.9: Schwere der körperlichen Vernachlässigung in Korrelation zur aktuellen depressiven Symptomatik

1 Einleitung

1.1 Die Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung oder auch emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus genannt ist eine bereits in der Adoleszenz beginnende und zur Chronifizierung neigende Persönlichkeitsstörung, deren psychopathologische Problematik sich vor allem in schwerwiegenden Störungen der Affektregulation, der Identität und der sozialen Interaktion darstellt (Bohus, Kröger, 2011).

Die Quantifizierung der Lebenszeitprävalenz schwankt zwischen ca. 3% (Trull et al., 2010) und 5,9% (Grant et al., 2008). Die Geschlechterverteilung wird unterschiedlich angegeben. Während laut Grant et al. (2008) beide Geschlechter gleichhäufig betroffen werden, sind laut Lieb et al. (2004) 70% der Betroffenen Frauen und 30% Männer. Etwaige Gründe für dieses Ungleichgewicht mögen aus der statistischen Tatsache abgeleitet werden, dass Frauen häufiger psychiatrische und psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen und somit in klinischen Stichproben stärker repräsentiert sind, männliche Individuen hingegen auf Grund höherer Prävalenz von Suchtproblematik (Leichsnering et al., 2011, Skodol, Bender, 2003) häufiger mit einem singulären Abhängigkeitssyndrom diagnostiziert werden. Darüber hinaus äußert sich bei Männern die Borderline-Problematik verstärkt in delinquentem Verhalten, das letztendlich eher zum Aufenthalt in einer Justizvollzugsanstalt führt als zur Behandlung in einer psychiatrischen Klinik.

Erste Symptome zeigen sich meist in der frühen Adoleszenz (Winograd et al., 2008). So führen dysfunktionales Erleben und Impulsivität in Wechselbeziehung mit aufkommenden Anforderungen der Umgebung zu einer chronisch-progredienten Entwicklung dieser komplexen Störung, die ihre volle Ausprägung in der dritten Lebensdekade erreicht. Mit fortschreitendem Alter kann eine Abmilderung der Symptomschwere eintreten, jedoch verbleiben oftmals depressive Residualzustände, die als subsyndromales Störungsbild der Borderline-Erkrankung aufgefasst werden können (Arens et al., 2013).

Die hohe Lebenszeitprävalenz gekoppelt mit dem langwierigen und oftmals schweren Verlauf hat eine erhöhte Inanspruchnahme psychotherapeutischer und medizinischer Versorgungsstrukturen zur Folge. Etwa 15% der Patienten in psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken erfüllen die Kriterien einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die durchschnittliche Dauer eines stationären Aufenthalts beläuft sich auf 68 Tage im Jahr, wobei die Wahrscheinlichkeit einer Wiederaufnahme bei ca. 80% liegt. Die Behandlungskosten betragen jährlich etwa 4 Milliarden Euro, was wiederum ca. 20% der Gesamtkosten für stationär-psychiatrische Behandlung in Deutschland entspricht. 90% dieser Kosten entstehen durch eine Behandlung, die nicht störungsspezifisch und somit für den Patienten insuffizient ist (Bohus, 2007).

1.2 Historisches zur Borderline-Störung

Die Beschäftigung mit der Problematik reicht nachweislich bis ins 17. Jahrhundert zurück, als der englische Arzt Thomas Sydenham einem Kollegen eine Patientengruppe beschrieb, die sich neben den krankheitstypischen Ausbrüchen von Wut, Angst und Schmerz durch folgendes Zitat deutlich als die Patientengruppe auszeichnete, die man heutzutage mit Borderline assoziiert: "Sie lieben diejenigen ohne Maß, die sie ohne Grund hassen werden." (James, Groves, 1981).

Er erfasste damit ein dominantes Leitmotiv jener Menschen, deren Krankheitsbild zwei Jahrhunderte später durch den Psychiater C.H. Hughes im sogenannten „Borderland“, einem Grenzgebiet zwischen den damals gebräuchlichen Erklärungsmodellen der Neurose und Psychose angesiedelt wurde (Hughes, 1884). Daran angelehnt etablierte der Psychoanalytiker Adolf Stern 1938 den Begriff „Borderline“ in der Fachwelt, jedoch unterlag dieser dem Einfluss verschiedener, vor allem psychoanalytischer Strömungen, die ihn teils für die Beschreibung einer verkappten Schizophrenie, teils für die Darstellung einer Art affektiver Störung verwendeten. (Grunderson et al., 2009). Erst auf der Basis der Publikationen des Psychoanalytikers Otto Kernberg (1968) und der Arbeit von Grunderson und Singer (1975) hielt die bis dato als Verlegenheitsdiagnose für therapieresistente Patienten geltende Borderline-Persönlichkeitsstörung 1980 als eigenständige Erkrankung Einzug in das DSM-III der American Psychiatric Association. Obwohl das dort erfasste Konzept der Borderline-Störung im aktuellen DSM-IV weiterhin besteht, muss die Einordnung der Erkrankung immer noch als prozessual bezeichnet wer-

den. Wurde die Borderline-Störung in der etablierten psychiatrischen Fachwelt bis vor kurzem noch als eine Impuls-Kontrollstörung interpretiert, so diskutieren neuere Forschungsbewegungen die Einordnung in das Feld der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (Sack et al., 2012, Driessen et al., 2002).

1.3 Derzeitiger Stand der Forschung

1.3.1 Die Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung

In der aktuellen, 1995 erschienenen und im Jahre 2000 überarbeiteten vierten Auflage des DSM-IV wird die Borderline-Störung als eine Persönlichkeitsstörung klassifiziert, die sich durch ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie deutliche Impulsivität auszeichnet. Der Beginn liegt oftmals im frühen Erwachsenenalter und manifestiert sich in verschiedenen Lebensbereichen.

Für die Diagnosestellung müssen mindestens fünf der folgenden neun Kriterien erfüllt sein.

1. *Starkes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden. Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.*
2. *Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.*
3. *Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.*
4. *Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (z. B. Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, zu viel oder zu wenig essen). Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.*
5. *Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.*

6. *Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z. B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).*
7. *Chronische Gefühle von Leere.*
8. *Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).*
9. *Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.*

Im Klassifikationssystem ICD der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist die Borderline-Störung eine Unterform der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung. Diese wird als eine Persönlichkeitsstörung beschrieben, bei der die Betroffenen tendenziell impulsiv und ohne Rücksicht auf Konsequenzen handeln. Neben einer launenhaften Stimmung besteht eine gewisse Unfähigkeit, eigene Gefühle zu kontrollieren, was wiederum häufig emotionale Ausbrüche und Streitigkeiten mit dem Umfeld zur Folge hat. Während sich der „impulsive Typus“ dieser Störung vornehmlich durch erhöhte Impulsivität und emotionale Instabilität auszeichnet, treten beim „Borderline-Typus“ zusätzlich Störungen des Selbstbildes, ein chronisches Gefühl von Leere, intensive aber unbeständige Beziehungen und ein Hang zu parasuizidalem und selbstschädigendem Verhalten auf. Dieser Typus entspricht somit weitestgehend der Definition der Borderline-Störung im DSM-IV.

1.3.2 Allgemeine Psychopathologie

Ogleich sich die psychopathologische Problematik in ihrer Komplexität oftmals als schillerndes Störungsbild zeigt, lassen sich nach Bohus und Kröger (2011) drei Kernthemen herauskristallisieren, die miteinander in wechselseitiger Beziehung stehen:

1. Störung der Affektregulation,
2. Störung der Identität,

3. Störung der sozialen Interaktion.

Die hohe Evidenz der Affektregulationsstörung ist durch viele Studien belegt worden (Rosenthal et al., 2007). Die Patienten besitzen eine hohe Sensitivität in ihrer Gefühls-wahrnehmung und sind durch eine niedrige Reizschwelle anfällig für überschießende emotionale Reaktionen. Hierfür reichen leichte Kränkungen oder auch nur eine als unangenehm empfundene Situation aus. Gepaart mit einer hohen Reaktivität ergeben sich daraus höchste Anspannungs- und Erregungszustände, die nur durch extrem anmutende Verhaltensweisen wie Selbstverletzungen, Essattacken oder Alkoholkonsum kompensierbar erscheinen. (Shearin, Linehan, 1994). Dabei darf neben diesen expressiven Verhaltensmustern nicht übersehen werden, dass aus der dauernden Affektlabilität auch sehr autoaversive Emotionen wie Scham, Ohnmachtsgefühle und Selbstverachtung resultieren können. Als eindrucksvollste Form der Emotionsregulationsstörung können dissoziative Zustände oder Zustände völliger Affektlosigkeit beobachtet werden (Barnow et al., 2012, Dulz et al., 2011). Aus diesen können sich Patienten oftmals nur durch schmerzhaft stimuli lösen und befinden sich so in einem *circulus vitiosus* ihres eigenen Erlebens (Dulz et al., 2011).

Die Identitätsstörung der Borderline-Persönlichkeit wurde, obwohl sie für den Patienten von maßgeblicher und fundamentaler Bedeutung ist, bislang wenig wissenschaftlich untersucht (Bohus, Kröger, 2011). Neben Störungen der Körperwahrnehmung und des Körperkonzeptes sind vier weitere Faktoren, in der sich die Identitätsstörung manifestiert, auszumachen: so klagen Betroffene über schmerzhaft inkohärente, die als "innere Zerrissenheit" erlebt wird. Des Weiteren ist eine sogenannte Rollenabsorption zu beobachten. Die Betroffenen gehen vollkommen auf in einer einzigen sozialen Rolle und haben das Gefühl, sich nur über diese zu definieren und gleichsam sich darin zu verlieren. Im Gegensatz dazu, aber durchaus als parallel auftretendes Phänomen steht die fehlende Rollenakzeptanz, die beschreibt, dass Borderline-Patienten Schwierigkeiten haben, langfristig bestimmte Stellungen in der Gesellschaft einzunehmen oder aber sich an gesellschaftliche Werte anzupassen. Als vierter und gewichtigster Faktor sei die schmerzhaft inkonsistente genannt, die als objektive fehlende Konstanz im eigenen Denken, Erleben und Handeln wahrgenommen und von Betroffenen selbst oft als "stabile Instabilität" beschrieben wird (Haaf et al., 2001, Wilkinson-Ryan, Westen, 2000).

Während von Wilkinson-Ryan und Westen (2000) die Störung der Identität als trennschärfstes Merkmal gegenüber anderen Persönlichkeitsstörungen gilt, sehen sie Gunderson et al. (1996) in den Störungen der sozialen Interaktionen. Die Ambivalenz zwischen tiefer Sehnsucht nach hingebungsvollen Beziehungen und Angst vor eben dieser Nähe beschäftigte schon Otto Kernberg, der 1984 die Hypothese von der "mangelnden Objektkonstanz" erstellte. Diese besagt, dass Patienten auf Grund von frühkindlichen interaktioneller Störungen Schwierigkeiten haben, ihr Gegenüber als Person mit verschiedenen, teils auch widersprüchlichen Anteilen wahrzunehmen. So kann eine schlechte Stimmung oder kritische Aussage des Gegenübers die bis dato harmonische Beziehung augenblicklich zerstören. Neben der Tatsache, dass Betroffene dazu neigen, anderen Personen negative, feindliche oder aggressive Intentionen zu unterstellen (Barnow et al., 2009), lässt sich Kernbergs Annahme in Fonagys (2006) These der fehlenden "Mentalisierung" gut integrieren. Demnach können Borderline-Patienten Bedürfnisse, Absichten, Erwartungen und Meinungen anderer nur schwer interpretieren. Diese Probleme zeigen sich vor allem in erlebten Stresssituationen (Domes et al., 2009). Es ist ein nachgewiesenes Faktum, dass Borderline-Persönlichkeiten eine erhöhte Sensibilität für ihr Umfeld und deutliche Überlegenheit in der emotionalen Dechiffrierung anderer aufweisen (Lynch et al., 2006, Frick et al., 2012).

1.3.3 Ätiopathogenese

Patienten mit einer Borderline-Störung berichten über vielerlei beeinträchtigende Lebenserfahrungen wie Missbrauch und/oder Vernachlässigung in der Kindheit und das häufiger als Patienten mit anderen Persönlichkeitsstörungen (McGowan et al., 2012, Yen et al., 2002). Dennoch führen solche Traumatisierungen allein nicht zwingend zu einer Erkrankungsmanifestation. So geht man heute vielmehr von einem multifaktoriellen Modell aus, dem sogenannten Vulnerabilitäts-Stress-Modell. Auf dem Boden hereditärer erhöhter Vulnerabilität führen multiple belastende Ereignisse zu neurobiologischen Veränderungen, welche die weitere Entwicklung der Störung begünstigen (Gunderson, Lyon-Ruth, 2008). Auf entwicklungspsychologischer Ebene sind die Risikofaktoren weitestgehend erforscht. Hierzu zählen frühe Traumatisierungen auf emotionaler, körperlicher oder sexueller Ebene, Trennung von den Eltern oder schwierige Familienverhältnisse. Auch lässt sich gehäuft eine positive Familienanamnese hinsichtlich psy-

chiatrischer Erkrankungen finden (Bandelow et al., 2005). Es scheint einleuchtend, dass eine vorhandene psychiatrische Störung eines Elternteils die emotionale Entwicklung des Kindes erheblich beeinträchtigt. Hinzu kommt die genetische Belastung, deren Evidenz zwar nachgewiesen ist, jedoch auf molekularbiologischer Ebene noch keine genaue Zuordnung erfahren hat. Im Fokus jüngster Forschung stehen das serotonerge und das dopaminerge System, die beide bei depressiven Patienten eine Rolle spielen (Andrew, Kaess, 2011). Ebenso werden neuroanatomische Auffälligkeiten untersucht, wie Strukturveränderungen in den Amygdalae, der Hypophyse, dem Hippocampus oder den präfrontalen Cortices, die mit Aberrationen im Hirnstoffwechsel in Zusammenhang stehen sollen. Allerdings variieren die Forschungsergebnisse in den verschiedenen Studien erheblich und lassen demnach keine klare Schlussfolgerung zu (Leichsenring et al., 2011). Jedoch scheint die Dichotomie zwischen genetischen Einflüssen und Umweltfaktoren bei der Entwicklung einer Borderline-Störung obsolet, vielmehr korreliert diese Entwicklung mit fortwährenden Prozessen im Menschen selbst. Durch die Möglichkeit, in diese per definitionem nicht statischen Prozesse einzugreifen, werden die Chancen durch eine geeignete Psychotherapie nachhaltige positive Veränderungen zu bewirken, erhöht, sei es zunächst auf kognitiver, verhaltenstechnischer-, oder neurobiologischer Ebene (Gabbard, 2005).

1.3.4 Komorbiditäten

Bei 84,5% der Patienten lassen sich zusätzlich Achse-I-Störungen nachweisen, die klinische Störungen beinhaltet, die sich per se nicht auf eine Störung der Persönlichkeit beziehen. Am häufigsten mit der Borderline-Störung assoziiert sind affektive Erkrankungen, Angststörungen und Substanzmittelmissbrauch (Leichsenring et al., 2011). So schwanken die Angaben zu Depressionen zwischen 80 – 100%. Bei 21-64% der Betroffenen lassen sich Substanzmittelmissbrauch und/oder diesbezügliche Abhängigkeiten finden, wobei der Anteil männlicher Patienten den der weiblichen deutlich überwiegt. Unter den 14%, die zusätzlich an einer Form der Essstörung leiden, befinden sich dagegen zum überwiegenden Teil Frauen (Jerschke et al., 1998, Grant et al., 2008, Bohus, Unkel, 2004). Von einer Posttraumatischen Belastungsstörung sind ca. 39,2% betroffen. Eine Komorbidität der Achse-II, d.h. mindestens eine weitere Persönlichkeitsstörung wird bei ca. 73,9% diagnostiziert. Hinzu kommen häufig körperliche Ein-

schränkungen wie Schlafstörungen oder Kopfschmerzen. Je mehr Komorbiditäten bei einem Patienten bestehen, desto schwieriger gestaltet sich dessen Behandlung, wobei vor allem die Borderline-Erkrankung selbst als negativster Prädiktor für eine erfolgreiche Behandlung etwaiger Achse-I-Störungen anzusehen ist (Kaes et al., 2012, Skodol et al., 2002). Etwa 10% der Borderline-Betroffenen sehen keinen anderen Ausweg, als sich das Leben zu nehmen (Oldham, 2006).

1.4 Selbstschädigendes Verhalten bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die DSM-Kriterien der Borderline-Störung unterscheiden zwei Ebenen selbstschädigenden Verhaltens.

1. Suizidales Verhalten und nicht suizidale Selbstverletzungen wie das Schneiden in die eigene Haut oder das Zufügen anderweitiger Verletzungen wie Brennen, Schlagen oder Knochenbrüche.
2. Selbstschädigungen, die in anderer Weise stattfinden und mit Impulsivität assoziiert werden. Als Beispiele werden hier meistens Substanzmittelmissbrauch, wahllose Sexualität und problematisches Essverhalten aufgeführt.

Suizidale Tendenzen und selbstverletzendes Verhalten gelten als richtungsweisend für die Diagnosestellung der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Grilo et al., 2004). Doch sollte nicht übersehen werden, dass Selbstverletzung ebenfalls bei einer Vielzahl von anderen psychiatrischen Störungen wie Trauma-Folgestörungen, Suchterkrankungen und Angststörungen, aber vor allem Depressionen auftreten kann (Nitkowski, Petermann, 2011). Es wird angestrebt, selbstverletzendes Verhalten als eigenständige diagnostische Entität in das DSM-V Klassifikationssystem aufzunehmen (Plener et al., 2012).

Dennoch ist suizidales und parasuizidales Verhalten typisch für die Borderline-Störung. 60 – 80% der Betroffenen fügen sich Selbstverletzungen zu (Pompili et al., 2005). Im Gegensatz zu suizidalen Handlungen, bei der die Intention klar ist, bieten Selbstverletzungen ein breites Spektrum an Motiven, die sich bei Betroffenen finden lassen und von Handlung zu Handlung variieren können. Allen Motivationen gemein ist jedoch eine Art Bewältigungsversuch (Petermann, Nitkowski, 2008, Paris 2005). Selbstverletzungen

schaffen eine rasche Reduktion von negativen Gefühlen und innerer Anspannung und erweisen sich als effektiver Mechanismus zur Emotionsregulation in unterschiedlichen belastenden Situationen, die mit Wut, Angst und depressiven Gefühlen einhergehen. Anschließend positive Gefühle wie Entspannung, Ruhe und Kontrolle währen nicht lange, abermals baut sich seelischer Druck auf, und es bedarf erneuter Selbstverletzung, um der inneren, quälenden Hochspannung Herr zu werden (Kamphuis et al., 2007). Daneben kann Selbstverletzung als Instrument der Selbstbestrafung dienen, um Wut auf die eigene Person oder häufig vorhandenen Selbsthass auszuagieren, was wiederum zu weiteren Hass- und Schamgefühlen sich selbst gegenüber führt (Nitkowski, Petermann 2008). Eine besondere Rolle spielt Selbstverletzung bei traumatisierten Patienten: Die Stimuli stellen einen Versuch dar, dissoziative Zustände oder Flashbacks zu beenden und sich selbst in die Realität zurück zu holen (Stiglmayr et al., 2001). Zuletzt kann Selbstverletzung der Einflussnahme auf das Umfeld dienen, sei es als Druckmittel, um bei Dritten bestimmte Handlungsweisen zu forcieren, oder schlichtweg, um auf sich und sein Leiden aufmerksam zu machen (Kleindienst et al., 2008). Die meisten Patienten schämen sich jedoch für ihr Tun und versuchen Wunden und Narben vor ihrem Umfeld zu verstecken. Von vielen Patienten wird Selbstverletzung als Ersatz oder zur Vermeidung von suizidalen Verhalten genutzt, was im Widerspruch zu der Tatsache steht, dass selbstverletzendes Verhalten die Wahrscheinlichkeit eines vollendeten Suizids erhöht (Oldham, 2006, Cooper et al., 2005).

Doch ist unter selbstschädigenden Verhalten nicht nur die direkte Beschädigung des eigenen Körpers zu verstehen. Viele Betroffene weisen Verhaltensweisen auf, die potentiell selbstschädigend sind (American Psychiatric Association, 2000). Das Spektrum dieser potentiell selbstschädigenden Verhaltensweisen ist groß. Typisch sind Substanzmittel- und Alkoholmissbrauch oder Störungen des Essverhaltens, die sich zu einer eigenständigen Krankheitsdynamik entwickeln können. Verschwenderischer und gedankenloser Umgang mit Geld bis hin zu exzessiven Kaufräuschen können Betroffene und ihre Familien in existentielle Krisen stürzen (Sansone et al., 2013), ebenso wie pathologisches Spielen (Kruegelbach et al., 2006). Einige Betroffene leben autoaggressive Impulse in Form von perverser oder promiskuitiver und ungeschützter Sexualität aus oder gehen immer wieder Beziehungen mit gewalttätigen Partnern ein (Sansone et al., 2011). Durch Kleptomanie, Fremdaggressivität oder rücksichtsloses Verhalten im Straßenverkehr geraten manche Borderline-Betroffene immer wieder mit dem Gesetz in Konflikt

(Sansone et al., 2012). Viele stürzen sich übermäßig in Arbeit und beeinträchtigen dadurch ihre Lebensqualität.

Viele weitere Beispiele könnten aufgeführt werden, und es würde nicht annähernd die Fülle an möglichen Selbstschädigungen widerspiegeln, die sich bei Borderline-Patienten finden lässt. Die American Psychiatric Association (2000) sieht dieses Verhalten in einer Störung der Impulsivität begründet. Genau wie das Schneiden in die eigene Haut dienen derartige indirekte autoaggressive Handlungen der Affekt- und Emotionsregulation. Sie sind ein unglücklicher Bewältigungsmechanismus für Gefühle wie Einsamkeit, Wut, Angst und Verzweiflung und lenken den Fokus der Betroffenen auf andere Schauplätze des Daseins. Die negativen Gefühle werden durch die Konsequenzen des selbstschädigenden Verhaltens überspielt, betäubt oder durch andere ersetzt (Klonsky, 2007). Davon abgesehen, dass Betroffene Schwierigkeiten haben, ihre emotionalen Zustände zu ertragen, zeigten einige Studien, dass ebenfalls die Wahrnehmung der eigenen Gefühle beeinträchtigt ist (Wupperman, 2013, Baer et al., 2004, Fossati et al., 2011). Die sogenannte „mindfulness“ beschreibt die Fähigkeit, bewusst, aufmerksam und offen zu sein für inneres und äußeres Erleben. Aus Hilflosigkeit und der Unfähigkeit heraus, neue Umgangsformen für die Herausforderungen des Lebens zu erlernen, greifen die Betroffenen dann zu altbewährten Handlungen, die ihnen langfristig schaden (Wupperman et al., 2009). Bemerkenswert ist, dass, obgleich manches sich zu einer eigenständigen Sucht entwickelt, diese Handlungen oft eine Wandlung erfahren und ein selbstschädigendes Verhalten durch das andere begleitet oder ausgewechselt wird.

1.5 Borderline und depressive Symptomatik

Mehr als 83% der Borderline-Betroffenen berichten mindestens einmal in ihrem Leben eine depressive Episode durchlebt zu haben, 39% berichten von einer manifesten Dys-thymie, einer chronisch depressiven Verstimmung, (Zanarini et al., 1998) und 37% erfüllen sogar die Kriterien für eine depressive Persönlichkeitsstörung (Grilo et al., 2002). Kernsymptome der Borderline-Störung ähneln oder überschneiden sich mit denen der Depression (Grunderson, Phillips, 2011).

Bei einer Depression handelt es sich um eine affektive Störung, die durch die Leitsymptome Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit und Interessensverlust (ICD-10 der

WHO) charakterisiert wird. Daneben kann eine große Anzahl von weiteren Symptomen bestehen, wie Verlust der affektiven Resonanz, vermehrtes Grübeln, allerdings auch Denkhemmung, Konzentrationsstörungen, Hoffnungslosigkeit, Zukunftsängste, Schuldgefühle und schwere Minderwertigkeitsgefühle. Häufig sind diffuse somatische Probleme wie z.B. Schlaf- und Appetitlosigkeit, Schmerzen, Kopfschmerzen, und Magen-Darm-Beschwerden eine zusätzliche Belastung für Betroffene (American Psychiatric Association, 2000). Eine Depression kann sich aber auch in gequälter Getriebenheit oder erhöhter Reizbarkeit und Aggressionsbereitschaft äußern und als solche schwer erkannt werden (Akiskal et al., 2005, Koh et al., 2002, Real, 1999).

Freud (1917) beschrieb die Depression als eine tief schmerzliche Verstimmung, das Fehlen von Interesse für die Außenwelt, den Verlust der Lebensfähigkeit und eine tief greifende Hemmung, irgendeine Form von konstruktiver Leistung zu erbringen. Des Weiteren ist das Selbstgefühl stark herabgesetzt, was sich in Selbstabwertung und Selbstvorwürfen äußert und sich bis hin zum Versündigungswahn steigern kann.

Für Freud war die Depression ein fehlerhafter Bewältigungsversuch, mit einem erlittenen Verlust umzugehen. Anstatt die Trauer zuzulassen, identifiziert sich der Depressive mit dem verlorenen Objekt um dieses nicht loslassen zu müssen. Jeglicher Schmerz und vorhandene Wut, die mit einer Trennung einhergehen und ursprünglich dem Getrennten galten, fallen nun auf den Depressiven zurück. Der Depressive hält unbewusst an dem Verlorenen fest, auch wenn er dabei sein Ich als Opfer bringt. Die Depression ist von daher immer auch eine Verweigerung von Trauer. "Bei der Trauer ist die Welt arm und leer geworden, bei der Melancholie ist es das Ich" (Freud 1917).

Borderline-Betroffene empfinden depressive Gefühle subjektiv als besonders schwer, auch wenn objektiv kein Unterschied zu dem Erleben depressiver Patienten ohne zusätzliche Borderline-Störung besteht (Stanley, Wilson, 2006, Comtois et al., 1999). Viele Betroffene berichten von depressivem Erleben wie Hoffnungslosigkeit, Selbstabwertung und niedergedrückte Stimmung, ohne jedoch die klinischen Kriterien für eine affektive Erkrankung zu erfüllen (Grunderson et al., 1991). Dieser erhöhte Leidensdruck wirkt sich nicht nur verstärkend auf problematisches interpersonelles Erleben aus, welches durch destruktive Verhaltensmuster zu kompensieren versucht wird (Levy et al., 2007), sondern er geht auch mit erhöhter Suizidalität und größerer Anzahl suizidaler Handlungen einher (Boisseau et al., 2013).

Nicht nur im subjektiven Empfinden von Depressionen unterscheiden sich Borderline-Patienten von anderen Patienten, auch objektiv können Unterschiede ausgemacht werden.

Kernberg (1975) sah Wut als den Kern des depressiven Grundgerüsts von Borderline-Patienten. Auf Gefühle von Wertlosigkeit, Einsamkeit und Isolierung werden mit Affekten wie Wut und Ärger reagiert (Masterson 1976, Hartocollis 1977, Gunderson & Phillips 1991). Diese Wut, richtet sie sich auch meistens in der Ausführung gegen die Betroffenen selbst, gilt vor allem der erfahrenen Zurückweisung durch nahestehende Personen und wandelt sich in Hilf- und Hoffnungslosigkeit, die in einem vernichtenden Gefühl der Leere und Isolation erlebt wird. Westen et al. (1992) erkannten, dass die Borderline- Depression sich durch Gefühle von Leere, Einsamkeit und ein breites Spektrum negativer Affekte auszeichnet, zu denen Ärger, Furcht und Verzweiflung gehörten, ebenso wie ein tiefsitzendes Gefühl von Abhängigkeit und einer elementaren Angst vor Verlassenwerden. Für das Selbsterleben typisch sei das Gefühl tiefsitzender Schlechtigkeit gewesen. Zu einem ähnlichen Ergebnis kam Leichsenring (2004) in einer Studie an Borderline-Patienten: Die Borderline-Depression war im Gegensatz zur Vergleichsgruppe signifikant mit Ärger, Angst und Furcht und mit dem Vorherrschen primitiver Objektbeziehungen korreliert. Die Rolle von Bindung und zwischenmenschlichen Beziehungen scheint demnach durchaus bedeutender als bei depressiven Patienten ohne Borderline-Störung.

Die Behandlung einer Depression ist bei gleichzeitig vorliegender Borderline-Störung ein anspruchsvolles Unterfangen, da sich das Borderline-Erleben negativ auf eine mögliche Besserung der Depression auswirkt und eine alleinige Behandlung der selbigen keinerlei Auswirkung auf die Borderline-Symptomatik hat (Grunderson et al., 2004). Angewandte antidepressive oder stimmungsstabilisierende Medikation führt lediglich zu einer möglichen Reduktion depressiver Symptomatik oder Stimmungs labilität. In akuten Krisensituationen hat sich psychopharmakologische Behandlung bewährt, die Kernproblematik der Borderline-Störung bleibt allerdings unberührt (Stoffers et al., 2010). Depressive Symptomatik ist im Gegensatz zu anderen Symptomen, die zeitlebens Veränderungen in ihrer Ausprägung und Darstellung unterliegen, bei vielen Betroffenen bis ins hohe Alter vorhanden. Depressivität erfährt bisweilen sogar eine deutliche Zunahme im Laufe des Lebens, trotz Abnahme der Problematik im zwischenmenschlichen Bereich und Impulsivität (Arens et al., 2013). Dies zeigt, dass Depressi-

onen und depressive Symptomatik eine besondere Rolle für der Komplexität der Borderline-Störung einnehmen und differenziert werden müssen von Depressionen bei anderen psychiatrischen Patienten (Bering et al., 2009, Levy et al., 2007).

1.6 Die Rolle von traumatischen Kindheitserfahrungen

Das Modell der multifaktoriellen Krankheitsentstehung der Borderline-Störung ist in Fachkreisen durchgehend anerkannt (Gunderson, Lyon-Ruth, 2008). Im Rahmen dieses Konzepts muss der Kindheit eine besondere Bedeutung beigemessen werden, da in ihr die Grundbausteine der Persönlichkeit und die Basis für späteres Leben und Erleben geschaffen werden. Viele Betroffene berichten über Schwierigkeiten und Einschränkungen in dieser Lebensphase, und die Spannweite der möglichen Schwierigkeiten und Einschränkungen ist groß (Chanen, Kaess, 2012).

Da sich viele Borderline-Symptome, wie Störungen der Affektregulation und Selbstwahrnehmung sowie schwere Dissoziationen, mit denen von Traumafolgestörungen überschneiden und eine hohe Prävalenz von Traumatisierungen bei Betroffenen besteht, ist man versucht, in der Kindheitsgeschichte nach eindeutigen Traumatisierungen zu suchen oder diese für die Entwicklung einer Borderline-Störung verantwortlich zu machen (Sack et al., 2012). Im ICD - 10 wird Trauma wie folgt definiert: "Ein Trauma ist ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmaßes (kurz- oder langandauernd), die bei fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen würde." Diese Definition verdeutlicht zwar die notwendige Schwere des traumatischen Ereignisses, bleibt aber ohne Konkretisierung der möglichen Erfahrungen und des traumatischen Erlebens bei der Beschreibung recht allgemein. So gestaltet es sich zum Teil schwierig, potentiell traumatisierende Erfahrungen, Erlebnisse oder Zustände als solche zu identifizieren. Sexuelle Gewalterfahrungen in der Kindheit von Borderline-Patienten, die unbestreitbar als traumatisierend und auch bei Individuen geringerer Vulnerabilität die Wahrscheinlichkeit, eine Borderline- oder andere psychische Störung zu entwickeln, erhöhen (Distel et al., 2011), werden in der Literatur mit einer Prävalenz zwischen 47,5% bis 100% angegeben, wobei es sich häufig um lang andauernden Missbrauch im familiären Umkreis handelt. Bis zu 33% berichten von einem inzestuösen Verhältnis zu einem Elternteil, bis zu 71% erfuhren Missbrauch durch einen der Familie nahestehenden Menschen (Zanarini et al., 1997, Dulz, Jensen, 2000). Derar-

tige Erfahrungen lassen sich bei Borderline-Betroffenen signifikant häufiger finden als bei anderen psychiatrischen Erkrankungen. Hervorzuheben ist, dass die Schwere erlittener sexueller Gewalt mit der Schwere der Borderline-Symptomatik korreliert (Zanarini et al., 2002). Dennoch kann sexueller Missbrauch allenfalls als Risikofaktor, nicht als zwingende Begebenheit oder alleinige Ursache der Erkrankung gesehen werden (Zanarini et al., 1997).

Ähnlich verhält es sich mit körperlichen Gewalterfahrungen und Misshandlungen, die ebenfalls zweifelsohne eine traumatische Erfahrung für Kinder darstellen. Hier werden Prävalenzen zwischen 42% und 75% angegeben, wobei die Gewalt größtenteils durch einen oder beide Elternteile erlitten wurde. Oft gehen körperliche Misshandlungen mit sexuellem Missbrauch einher oder wechseln einander ab (Dulz, Jensen 2000).

Neben diesen beiden Arten der Traumatisierungen müssen weitere Erfahrungen in Kindheit und Jugend unbedingt beachtet werden. Wenngleich sich ihr traumatisierendes Potential auf den ersten Blick weniger drastisch darstellt, wird ihnen eine besondere Bedeutung dadurch zuteil, dass sie meist durch fortwährendes Bestehen die gesunde Persönlichkeitsentwicklung untergraben und so die Voraussetzungen für später erfahreneres Leid schaffen. Diese subtilen und latenten Traumatisierungen spielen sich in Beziehung zu den Eltern oder zu anderen zentralen Bezugspersonen ab. Ein ursprünglich schützender Rahmen, der den jungen Menschen bei der Entwicklung und Entfaltung seines Selbst unterstützen soll, entpuppt sich als ein sogenanntes "invalidierendes psychosoziales Umfeld" (Linehan, 1996). Dem Kind wird zu wenig Sensibilität oder Einfühlbarkeit entgegengebracht, im schlimmsten Fall erfährt es Demütigungen oder Erniedrigungen auf unterschiedlichste Weise. Ihm wird vermittelt, dass seine Gefühle und Gedanken für andere unwichtig seien, sie werden nicht ernstgenommen, teils sogar verlacht und durch Liebesentzug bestraft, wenn sie der Bezugsperson nicht recht erscheinen. Eine derartige Form von emotionalem Missbrauch und/oder Vernachlässigung erlitten 75% der Betroffenen. Dazu zählen ebenfalls verbaler Missbrauch, Übernahme von Rollen anderer Familienangehöriger, wie zum Beispiel eines abwesenden Vaters, Unberechenbarkeit und übergriffiges Verhalten der Mutter sowie frühe Trennungen von einem Elternteil. Oft erfuhren Kinder keinen verlässlichen Rückhalt durch ihre Schutzbefohlenen, obwohl sie ihn dringend gebraucht hätten. Erschüttert im Sein und verunsichert im Glauben an sich selbst werden sie im Verlauf ihres Lebens leicht Opfer anderer

widriger Umstände und weiterer Traumatisierungen. (Zanarini et al., 1997, Crawford et al., 2009, Bezirgianian et al., 1993).

Angesichts dieser Fülle an möglichen zu erleidenden seelischen Verletzungen, scheint Fischer und Riedessers (1999) Traumadefinition differenzierter: "Ein Psychotrauma ist ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen den bedrohlichen Situationsfaktoren und den Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilf- und Schutzlosigkeit einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt."

Bis dato konnte kein monokausaler Zusammenhang zwischen den verschiedenen Arten verschiedener Traumata (körperlicher, emotionaler oder sexueller Missbrauch, emotionale oder körperliche Vernachlässigung) und der Entwicklung späterer psychischer Erkrankungen erbracht werden. Vielmehr geht man von einem Dosis-Wirkungszusammenhang zwischen kindlichen Traumatisierungen und ihrer Schwere, Risiko- und Schutzfaktoren der Betroffenen und dem weiteren Verlauf ihrer Entwicklung aus. Eine Studie zeigte, dass Patienten mit Kindheitstraumata schlechter auf medikamentöse Behandlung einer vorhandenen Depression ansprechen (Nemeroff et al., 2003). Auch im psychotherapeutischen Rahmen zeigten sich die Auswirkungen von Traumata. Bei einer Studie von Gleaves und Eberenz (1994) zum Behandlungserfolg von Patientinnen mit Bulimia Nervosa zeigte sich, dass 71% Prozent der Non-Responder Opfer sexuellen Missbrauchs in der Kindheit waren, hingegen nur 15% der Responder. Diese beiden Beispiele sollen verdeutlichen, dass Traumatisierungen den Behandlungserfolg beeinflussen können und daher unbedingt berücksichtigt werden müssen.

1.7 Therapiemöglichkeiten der Borderline-Störung

Lange galt die Borderline-Störung als schwer oder gar nicht therapierbar. Noch heute scheuen viele Psychotherapeuten den Umgang mit dieser Patientengruppe, für deren Behandlung viel Zeit, Kraft und Geduld aufgewendet werden muss. Dennoch gilt die Psychotherapie als Mittel der Wahl zur Behandlung der Borderline-Störung. Medikamentöse Behandlung wird lediglich als adjuvante Therapie bei einer akuten Dekompensation des Patienten hinzugezogen oder zur Behandlung einer bestehenden Komorbidität, für die spezielle Indikationen gelten und die eine Pharmakotherapie sinnvoll er-

scheinen lassen (American Psychiatric Association Practice Guidelines, 2001, Lieb et al., 2004).

Die deutschen S2-Leitlinien Persönlichkeitsstörungen (Bohus et al., 2009) werten vier Therapiemethoden für die Borderline-Störung als evidenzbasiert.

1. Die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) nach M. Linehan (Evidenzgrad Ib nach Chambless und Hollon (1998))
2. Die "mentalization-based therapy" (MBT) nach Bateman und Fonagy (Evidenzgrad IIa)
3. Die von O. Kernberg entwickelte „übertragungsfokussierte Psychotherapie" ("transference focussed psychotherapy", TFP; Evidenzgrad IIa)
4. Die Schematherapie nach J. Young (Evidenzgrad IIa).

Allen Therapieprogrammen geht die Notwendigkeit einer genauen Diagnostik voraus, auch was ihre Transparenz gegenüber dem Patienten betrifft. Gleichzeitig sollte von vornherein der zeitliche Rahmen der Psychotherapie festgelegt werden. Die durchschnittliche Behandlungsdauer ist auf ca. 2 Jahre angelegt. Sicherlich besteht in diesem Zeitrahmen weder die Möglichkeit noch die absolute Notwendigkeit, die Problematik der Borderline-Störung gänzlich zu eliminieren. Vielmehr werden zu Beginn die Behandlungsziele erörtert und hierarchisiert. Suizidales Verhalten und Suizidgedanken haben stets Vorrang vor anderen Themen, ebenso therapiegefährdendes Verhalten. Dazu zählen auch körperliche Folgeerscheinungen anderer psychischer Erkrankungen, wie z.B. Substanzabhängigkeiten und schwere Essstörungen, da diese den Lernprozess in der Therapie erheblich beeinträchtigen können. Zusammen mit Vereinbarungen über therapeutische Rahmenbedingungen und Verfahren in schweren Krisen werden diese Themenkomplexe in sogenannten "Behandlungsverträgen" zwischen Behandler und Behandeltem konsolidiert (Bohus, Kröger, 2011).

Die Dialektisch-Behaviorale-Therapie (DBT) wurde in den 80er Jahren von Professorin M. Linehan (University of Washington, Seattle, USA) entwickelt, die im jungen Erwachsenenalter selbst an autoaggressivem Verhalten gelitten und keine adäquate psychiatrische Behandlung erfahren hatte. Die DBT wurde als eine störungsspezifische Therapie für chronisch suizidale Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung konzipiert und kann als Prototyp einer prinzipiengeleiteten, multimodalen Therapie bezeichnet werden (Linehan, 1991, Bohus, Kröger, 2011). Sie stellt eine Art Matrix dar, in der verschiedene Behandlungsstrategien je nach aktuellem Be-

schwerdebild des Patienten zum Zuge kommen. Zunächst wird dem Patienten eine Psychoedukation zuteil, die ein besseres Verständnis für sein Erleben und Verhalten vermitteln soll. Gleichzeitig soll hiermit eine Motivation zur Veränderung der aktuellen Lebensweise geschaffen werden. Nachdem schwere Störungen der Impulskontrolle, therapieschädigendes und suizidales Verhalten eingedämmt wurden, lernen Patienten in "Skill-Gruppen" anhand von entsprechenden Modulen diverse Fertigkeiten der Emotionsregulation und sozialen Interaktion. Der Inhalt dieser Module wird in Einzeltherapiesitzungen erneut bearbeitet und dessen Umsetzung durch angewandte Übungen im Alltag zu verfestigen versucht. Im weiteren Verlauf der Therapie wird angestrebt, Komorbiditäten der Achse-I-Störung zu behandeln (Bohus, Kröger 2011). In einer Metaanalyse von Kliem et al. (2010) wurde eine mittlere Effektstärke für globale Veränderungen und die Reduktion von Suizidalität und Selbstverletzungen eruiert. Im stationären Rahmen eines drei Monate andauernden DBT-Programmes wurden moderate bzw. hohe Effektstärken nachgewiesen. Eine weitere Studie erhob Daten nach einem Jahr DBT-Standardtherapie. Demnach zeigten Depressionen Remissionsraten von 60%, Panikstörung 40%, Substanzmittelmissbrauch 80% und Essstörungen 60%, allerdings nur 30% bei Traumafolgesymptomen. Die DBT hat demnach vor allem Auswirkungen auf die Reduktion dysfunktionaler und suizidaler Verhaltensweisen (Linehan et al., 2006, Bohus, Kröger 2011).

Die mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) wurde von den psychodynamisch orientierten A.Bateman und P.Fonagy entwickelt. Sie vermuten eine frühe Bindungs-Störung zwischen Mutter und Kind als Ursache der Borderline-Erkrankung, aus der die Störung der Affektregulation und Impulsivität resultiert, ebenso wie die Probleme im zwischenmenschlichen Bereich. Im Kontext von Gesprächen und Übertragungsprozessen in der therapeutischen Beziehung wird versucht, dem Patienten eine sichere Identität zu vermitteln und die Entwicklung eines gesunden Beziehungsniveaus und zwischenmenschlichen Erlebens anzustoßen (Fonagy, Bateman, 2006).

In zwei Studien von Fonagy und Bateman (1999, 2006) konnte die Überlegenheit der MBT gegenüber nicht-störungsspezifischen Therapieprogrammen signifikant belegt werden. Ebenso wie die DBT verzeichneten Patienten eine Reduktion krisenhaften Verhaltens. Allerdings erfolgt ein möglicher Therapieerfolg erst mit einer Latenz von bis zu 12 Monaten, was bedeutet, dass sich die MBT nicht für Kriseninterventionen oder stationäre Aufenthalte eignet (Bohus, Kröger, 2011).

Der Begründer der Schematherapie, Jeffrey E. Young, behauptet, dass sich aus Kindheit und erlebtem Leben sogenannte Schemata etablieren. Diese Schemata sind komplexe Muster aus Erinnerungen, Gefühlen und Annahmen, die der Wahrung der Integrität dienen und sich durch repetitive Anwendung auf der Verhaltensebene verfestigen und durch unterschiedliche Auslöser getriggert werden können. In der Schematherapie soll der Patient lernen, diese Schemata zu erkennen und auf Funktionalität in der Gegenwart zu überprüfen und zu kontrollieren. Dies geschieht im Rahmen eines "Reparentings", in dem der Patient die Möglichkeit hat, nicht erfahrene Behütung und Unterstützung nachzuerleben und daran emotional zu wachsen.

Die Datenlage zu dieser Therapie ist dürftig, lediglich eine Studie zeigte signifikante Verbesserungen der Borderline-Symptomatik im Hinblick auf Selbstverletzungen und sozialer Integration (Bateman, Fonagy, 2009).

Die in den 80er Jahren entwickelte analytische übertragungsfokussierte Psychotherapie basiert auf der Objektbeziehungstheorie von Otto Kernberg. Wie der Name schon vermuten lässt, bildet die Bearbeitung von Übertragungen innerhalb der therapeutischen Beziehung den Behandlungsschwerpunkt. Auch hier wird eine Art Nachreifung angestrebt, die dazu führen soll, dass der Patient fähig wird, mit gegenwärtigen Beziehungen und Umständen realistischer umzugehen. Der Behandlungserfolg dieser Therapie war Gegenstand unterschiedlicher Studien, allerdings standen diese unter dem Einfluss vielerlei Störfaktoren (Bohus, Kröger, 2011). Die TFP ist in ihrer Effektstärke den anderen störungsspezifischen Therapien für die Borderline-Störung unterlegen (Clarkin et al., 2007, Döring et al., 2010).

In wieweit die Erkenntnisse aus Studien zu den störungsspezifischen Therapien reliabel sind, ist strittig. Das liegt vor allem an der Heterogenität der Stichproben, Sorgfalt der Datenerfassung und Messung, Expertengrad und der Publikationsqualität. Zweifelsohne besteht eine eminente Überlegenheit von störungsspezifischen Psychotherapiemethoden gegenüber unspezifischen Behandlungen, welche sogar nachgewiesenermaßen die Gefahr einer Chronifizierung dieses schwerwiegenden Störungsbildes mit sich bringt. Dennoch betragen die Responder-Raten nur um die 50%. Über die Hälfte der Borderline-Patienten profitieren nicht oder kaum von einer Therapie, selbst wenn diese mehrere Jahre beträgt. Die Erkrankung nimmt in diesen Fällen trotz aller Behandlungsversuche einen desaströsen Verlauf und beeinträchtigt das Leben dieser meist jungen Menschen

existentiell bis ins hohe Alter. Eine genauere Auseinandersetzung mit dieser Tatsache scheint dringend notwendig (Bohus, Kröger, 2011).

1.8 Weiterführende Gedanken zur Borderline-Störung

Auch wenn die Borderline-Störung in den letzten Jahren Gegenstand intensiver Forschung war und das Verständnis dieser Erkrankung zunehmende Ausdifferenzierung erfuhr, gilt sie weiterhin als komplexe und facettenreiche Erkrankung, dessen Behandlung sich durch eben diese Tatsache oftmals schwierig gestaltet und für Therapeuten eine große emotionale Herausforderung darstellt.

Sowohl im DSM-IV als auch im ICD-10 wurde versucht, die Kernproblematik durch solche Kriterien in eine überschaubare Form zu bringen, mithilfe derer sich die Diagnose stellen lässt und die gleichzeitig eine Orientierung für eine geeignete Therapie bietet. Dennoch kann man anhand theoretisch erfüllter Kriterien nicht auf die multidimensionale Struktur eines einzelnen Borderline-Patienten schließen. Dies wird noch deutlicher, wenn man bedenkt, dass bei fünf zu erfüllenden Kriterien von neun möglichen eine Variation von 151 Syndromausprägungen möglich ist (Skodol et al., 2002).

Der Gedanke, die Borderline-Persönlichkeitsstörung in weitere Subtypen zu untergliedern, wurde von einigen Sachkundigen aufgefasst und befürwortet (Leichsenring et al., 2011).

Vor allem die Patienten, deren Problematik im impulsiven Verhalten ihren Schwerpunkt liegt, finden in der DBT geeignete Möglichkeiten, mit Anspannung und chaotischen Gefühlen umzugehen.

Oftmals aber es gelingt gar nicht erst, Zustände als dysfunktional ausgelebte Gefühle zu interpretieren und eine Handlungsalternative für selbstschädigendes Verhalten zu finden. Drang zur Selbstschädigung kann hier nicht als etwas verstanden werden, das den Betroffenen überkommt und nicht verhindert werden kann; es ist vielmehr eine geplante Impulsivität, ein Verhalten, das bewusst gewählt wird. In diesem Fall spielt weniger Anspannung eine Rolle als gezielter Wille zur Selbstschädigung, da sie in dem Spektrum der Autoaggression eine Möglichkeit gefunden haben, mit ihrem Leid umzugehen, es sogar zu lindern. Oft werden trotz der negativen Konsequenzen positive Momente geschaffen – auf Kosten der Lebensqualität. Dieses ist den Betroffenen durchaus be-

wusst und wird scheinbar billigend in Kauf genommen. Für die Hilfe anbietenden Therapeuten ist es dann oft nicht nachvollziehbar, wie durch ein Verhalten, das einem selbst Schaden zufügt, ein Zustand gebessert werden soll, der durch einen bereits empfundenen oder durch Dritte erlittenen Schaden hervorgerufen wurde. Sie werden zu hilflosen Helfern, die mitunter sogar Wut empfinden, wenn Patienten sich therapeutischen Verfahren widersetzen oder entziehen, scheinbar ohne jeglichen Willen zur Veränderung von einer Krise in die nächste geraten und alte dysfunktionale Muster ihres Lebens wiederholen.

In jedem Fall sollte davon abgesehen werden, vermeintlich schwer therapierbaren Betroffenen, bei denen Skills-Ketten und das Verfassen und Analysieren von Gefühlsprotokollen nicht greifen, zu unterstellen, sie würden sich nicht genug Mühe geben oder aber in der Aussicht auf einen sekundären Krankheitsgewinn (wie Aufmerksamkeit und Fürsorge nach beigebrachten Selbstverletzungen) an ihrem Verhalten festhalten. Vielmehr lässt sich das Festhalten an bestimmten Verhaltensweisen auf die Vergangenheit der Betroffenen zurückführen. Borderline-Betroffene haben auf Grund von komplexen Traumatisierungen eine tiefgreifende Verstörung ihres Selbstverständnisses erfahren. Viele dieser Traumata sind Bindungstraumata, das heißt, sie spielten sich auf einer Ebene ab, die sich ein Vertrauensverhältnis auszeichnete. Doch genau dieses Vertrauen wird missbraucht, dem betroffenen Kind wird suggeriert, dass es nichts wert ist, sein Wille nicht zählt und seine Gefühle nicht von Belang sind. Das Kind erlebt eine allumfassende Ohnmacht, in der es gänzlich handlungsunfähig ist. Gleichzeitig wird das menschliche Bindungsverhalten durch Traumata aktiviert. Fonagy (2008) leitete daraus das gesteigerte Bindungsverhalten des Kindes gegenüber ihren Tätern ab. In dem Verursacher ihrer Pein suchen sie gleichzeitig Trost und erleben dadurch eine innere Zerrissenheit, die mit allen Mitteln zu kitten versucht wird. Fonagy führt hier den Begriff des Täterintrojekts an. Das Kind erfährt als Opfer Demütigung und Verletzungen durch einen Täter, den es liebt und von dem eine elementare Abhängigkeit besteht. Es gelingt ihm nicht, sich von ihm zu trennen. Als einzige Lösung bleibt, die vernichtenden Elemente des Täters abzuspalten und in sich zu integrieren – in der Realität gestaltet es sich so, dass die Kinder in sich selbst die Schuld für das Erlittene suchen, die Gründe, wieso der geliebte Mensch ihnen Schaden zufügt: eigene Wertlosigkeit, eigene Ungewolltheit, eigene Hässlichkeit.

Dieses sind wichtige Attribute, die auch von Betroffenen genannt werden, wenn sie ihr Selbstverständnis beschreiben, welches durch Selbstschädigungen bestraft werden soll. Gleichzeitig sind Abwertungen und aggressives Gedankengut auch der Knotenpunkt in der Gefühlswelt von depressiven Borderline-Patienten, es dominiert die aggressive Selbst-Entwertung. Die eigenen emotionalen Reaktionen, Gedanken, Überzeugungen und Verhaltensweisen werden diskreditiert oder nicht anerkannt. Gleichzeitig bestehen hohe Standards und Anforderungen an die eigene Person, deren Nicht-Erfüllung ausgeprägte Scham, Selbsthass und auf sich selbst gerichtete Wut folgt. Man kann die Selbst-Vorwürfe so interpretieren, dass die Betroffenen die einst durch die Vertrauensperson vermittelte Invalidierung in sich selbst weiter am Leben erhalten und sich gleichzeitig die Schuld vorwerfen, die angeblich zu dem Bindungstrauma mit der geliebten Person geführt hat. Das negative Erleben einer Depression wird als gerechte Strafe für die eigene Schlechtigkeit empfunden. Die im Trauma erlittenen Schäden sind die logische Konsequenz des eigenen Unwerts. Gleichzeitig ist die Depression eine Art Bindeglied zwischen dem einstigen Täter und dem Opfer, das letzte, was von der einst symbiotischen Beziehung übrig ist. Würde diese Bindung wegfallen, wäre der Betroffene darauf angewiesen, sich dem Erfahrenen zu stellen, die Vergeblichkeit der stetig empfundenen Liebe zu dem Täter zu hinterfragen. Sie würde verschwinden, genauso wie die schädliche, aber geliebte Bindung. Und was bliebe, wäre ein klaffendes, nicht zu füllendes Loch (Rhode-Dachser, 2010). Hier kann gleich auf zwei weitere Kriterien verwiesen werden: das verzweifelte Bemühen, Verlassenwerden zu vermeiden und das chronische Gefühl innerer Leere. Um dieser zu entgehen, wird alles in Kauf genommen. Die Depression scheint die letzte Bastion vor dem Nichts zu sein. Dennoch wird diese Bastion als die Lebensqualität mindernd erkannt. Doch anstatt dass der Versuch unternommen wird, sie zu verlassen, wird die durch das Trauma erfahrene Ohnmacht und daraus resultierende Handlungsunfähigkeit weitergelebt. Die einzige Handlungsoption besteht darin, sich selbst zu schaden, die eigene Schuld und gleichzeitig den verinnerlichten Täter zu strafen, auf welcher Ebene auch immer.

In einer Depression befindlichen Borderline-Patienten müssten demnach ihre dysfunktionalen Verhaltensweisen vornehmlich auf der Beziehungsebene ausagieren, vor allem in der Interaktion mit nahestehenden Menschen, da hier die Erfahrungen der Bindungstraumata wiederholt werden. Und so kann die verinnerlichte maligne Bindung genährt und am Leben erhalten werden, die vor der inneren Leere, dem Sturz ins Nichts und dem scheinbar einzigen Ausweg, dem Suizid, schützt. Je größer die depressive Symp-

tomatik bei Borderline-Patienten ist, desto größer müsste die von Linehan (1996) beschriebene Passivität sein, die erlernte Hilflosigkeit, Abhängigkeit und Unfähigkeit beinhaltet, konstruktiv Lebensprobleme zu lösen. Daraus könnte man schlussfolgern, dass bei depressiven Borderline-Patienten nicht so sehr mangelnde Impulskontrolle die Ursache für selbstschädigendes Verhalten ist, sondern eine Handlungsunfähigkeit, die ihren Ursprung in Bindungstraumata haben, die mit Hilfe der therapeutischen Beziehung bearbeitet werden könnten und möglicherweise ebenfalls die Notwendigkeit nach sich zögen, das gegenwärtige Umfeld des Betroffenen als wichtiger Faktor der Genesung in den Behandlungsfokus zu rücken, um als im Alltag stetig vorhandene Instanz die durch das Trauma hervorgerufene Selbst-Invalidierung zu relativieren und schließlich in eine Selbst-Wertschätzung umzuwandeln.

2 Fragestellung

Ziel dieser Arbeit ist es herauszufinden, ob und in wie weit sich die Ebenen der Selbstschädigungen unterscheiden, wenn man annimmt, dass die Depression bei Borderline-Patienten als Resultat eines Bindungstraumas verstanden werden kann, in der die Betroffenen in ihrer Handlungsunfähigkeit verbleiben, da sie sich einerseits nicht vom Täter lösen können und dies andererseits in gewisser Weise auch nicht wollen, da sonst der Absturz ins Nichts droht (Rhode-Dachser, 2010).

In diesem Hinblick soll untersucht werden, ob bestimmte Arten von Bindungstraumata mit späterer Depressivität gehäuft einhergehen, da sich daraus ergeben würde, dass diese jeweilige Ebene der Bindung, auf der das Trauma erlitten wurde, besondere Aufmerksamkeit in einer Therapie erfahren müsste.

Auch soll untersucht werden, ob andere, weniger passive dysfunktionale Lebens- und Verhaltensweisen mit dem Grad der depressiven Symptomatik korrelieren und ob unterschiedliche Schwere an Depressivität unterschiedliche dysfunktionale Verhaltensweisen mit sich bringen und diese dann in einem anderen Kontext der Erkrankung gesehen und folglich auch behandelt werden müssen. Da Betroffene ihrem eigenen Gefühlsleben meist überfordert und ratlos gegenüber stehen und ihrer krisenhaften Lebensführung ausgeliefert sind, mag es für den Therapeuten hilfreich sein, einzelne dysfunktionale Verhaltensweisen von vorne herein besser zuordnen zu können und dem Patienten Hilfestellungen zu geben, ihre verinnerlichten malignen Bindungen aufzulösen und aus ihrer eigenen Handlungsunfähigkeit herauszukommen.

Die für diese Arbeit erstellten und zu behandelnden Hypothesen lauten demnach:

- Die Ausprägung dysfunktionaler Verhaltensweisen variiert je nach Schwere der Depressivität
- Je depressiver der Borderline-Patient, desto stärker ist der Schwerpunkt der Selbstschädigung in den Bereich der Passivität verlagert
- Explorativ wird untersucht, ob bestimmte Kindheitstraumata schwerere Depressivität im Erwachsenenalter bedingen und folglich mit größerer Passivität, die einer Opferrolle zugeschrieben werden kann, einhergehen.

3 Methoden

3.1 Stichprobenbeschreibung

Insgesamt nahmen 32 Patienten im Alter zwischen 18 und 48 Jahren, zwei davon männlich, der Rest weiblich, die mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert waren, an der Studie teil.

15 der rekrutierten Patienten befanden sich zum damaligen Zeitpunkt in stationärer Behandlung in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwigs-Maximilians-Universität München, 17 nahmen ambulante Psychotherapie in Anspruch.

Bei allen Patienten wurde die Diagnose der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus anhand des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV (SCID-I-Screening, SCID-II-Interview, First 1995) bestätigt. Daneben erfüllten 14 Patienten die notwendigen Kriterien für eine selbstunsichere, 12 für eine depressive, 4 für eine zwanghafte, 4 für eine dependente und 5 für eine negativistische Persönlichkeitsstörung. 5 Patienten erfüllten die Kriterien für eine paranoide, zwei für eine antisoziale Persönlichkeitsstörung. Die Diagnose für eine histrionische und eine schizotype Persönlichkeitsstörung wurde jeweils einmal in dem Interview gestellt.

Durch die psychiatrische Anamnese der Teilnehmer ergab sich, dass bei 10 Patienten zusätzlich eine depressive Störung als Komorbidität vorlag, wobei ein Proband an einer mittelgradigen depressiven Episode (F32.1), zwei Probanden an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1) und 7 Probanden an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome litten. (F33.2). Bei 8 lag eine Form der Essstörung vor. Diese waren bei einer Probandin eine Anorexia Nervosa (F50.0), bei einer weiteren eine atypische Anorexia Nervosa (F50.1), bei drei Patientinnen eine Bulimia Nervosa (50.2), bei einer Patientin eine atypische Bulimia Nervosa (F50.3) und bei zweien eine nicht näher bezeichnete Essstörung (F50.9). Drei der Teilnehmerinnen litten an einer Posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1). Eine Patientin hatte eine komorbide Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (F90.). Bei insgesamt 7 Patienten lag eine Form des

Substanzmissbrauchs vor. Im speziellen waren das zwei Fälle des schädlichen Alkoholkonsums (F10.1), zwei Fälle des Benzodiazepinabusus (F13.1), vier Fälle der Polytoxikomanie (F19.1) und ein Fall von Opiodmissbrauch (F11.1).

Jedoch waren Patienten mit einer aktuellen Abhängigkeitsproblematik ausgeschlossen, genauso wie Patienten mit einer floriden Psychose, schizoaffektiven Störung oder einer bipolaren Störung.

Alle Patienten befanden sich derzeit in psychotherapeutischer Behandlung, bei dem Hauptteil erfolgte zusätzlich eine medikamentöse Behandlung, die sich von Antidepressiva (N=22), niederpotenten Neuroleptika (N=19), über Sedativa bei Bedarf (N=11) bis hin zu Mood Stabilizern (N=10) erstreckte. Fünf Patienten nahmen zusätzlich andersartige Psychopharmaka ein, es sei Naltrexon oder Methylphenidat genannt.

Alle Patienten unterschrieben zu Beginn eine Einverständniserklärung, nachdem eine schriftliche sowie mündliche Aufklärung erfolgt war.

Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen der Studie "Oxytocinausschüttung bei sozialem Ausschlussparadigma – vergleichende Untersuchung bei Borderline-Patienten, chronisch Depressiven, episodisch Depressiven, Patienten mit somatoformen Störungen sowie gesunden Kontrollen (Projekt Nummer 281-11)" und wurde von der Ethikkommission mit einem zustimmenden Votum gebilligt.

3.2 Untersuchungshergang und Instrumente

Zu Beginn der Testreihe wurde die Diagnose anhand des SKID-II- Interviews (First, 1995) validiert. Bei diesem diagnostischen Instrument handelt sich um ein zweistufiges Verfahren, bestehend aus einem Fragebogen und einem nachfolgenden Interview. Der Fragebogen dient dem Screening der Merkmale der zwölf erfassten Persönlichkeitsstörungen, wobei die Antwortmöglichkeiten bei den Items aus "Ja" und "Nein" bestehen. Im anschließenden Interview brauchen dann nur noch diejenigen Fragen gestellt zu werden, für die im Fragebogen eine "Ja"-Antwort angekreuzt wurde. Anhand der individuellen Antwort des Probanden wird entschieden, ob das Merkmal klinisch signifikant im Sinne des jeweiligen DSM-IV Merkmals einer Persönlichkeitsstörung erfüllt ist und ob die Merkmale in der Summe für die Diagnose einer solchen ausreichen.

Die aktuelle Schwere der Borderline-Symptomatik wurde mittels der Kurzversion der Borderline-Symptom-List-23 (BSL-23, Bohus 2007) erhoben. Diese ist eine Selbstbeurteilungsskala, in der das Ausmaß der aktuellen intrapsychischen Belastung von Borderline-Patienten basierend auf den Kriterien des DSM-IV, Expertenmeinungen sowie Patientenaussagen erfasst werden kann. Abgefragt werden 23 Items, deren erzielte Punktzahl zu einem Mittelwert errechnet wird.

Eventuell vorhandene depressive Symptomatik wurde in einem Interview anhand der 24 Items des Hamilton Depression Rating Scale (HAMD, 1960) eruiert. Es handelt sich um 24 Fragen, bei denen der Untersucher jeweils auf einer Punkteskala von 0 bis 4 oder 0 bis 2 beurteilt, wie schwer ein bestimmtes Symptom aus dem depressiven Formenkreis bei dem Probanden ausgeprägt ist. Beispiele sind Schuldgefühle, verschiedene Arten von Schlafstörungen, Hypochondrie oder Suizidgedanken.

Die deutsche Version des Childhood-Trauma-Questionnaire (CTQ, Klinitzke, 2012, Bernstein, 2003) erfasst traumatische Erfahrungen in der Kindheit aus den Bereichen körperliche und/oder seelische Vernachlässigung, sexueller und/oder emotionaler Missbrauch sowie familiäre Inkonsistenz. Der Proband beurteilt das Auftreten traumatischer Erfahrungen auf einer fünfstufigen Likert-Skala, die von "überhaupt nicht" (1) bis "sehr häufig" (5) reicht. Der Score jeder Subskala reicht von fünf Punkten (kein Missbrauch oder Vernachlässigung in der Vergangenheit) bis zu 25 Punkten (extreme Erfahrungen von Missbrauch und Vernachlässigung).

Schließlich erhielten die Borderline-Patienten einen selbst angefertigten Fragenbogen, der mögliche unterschiedliche Arten von selbstschädigendem Verhalten und deren Motivation exploriert (Anhang 1). Dabei folgte eine Unterteilung der Items in folgende vier Subgruppen:

- Verhaltensweisen, die offensichtlich autoaggressiv sind und durch aktives Zutun sich ausschließlich gegen den eigenen Körper bzw. Gesundheit richten, wie Selbstverletzungen, Substanzmissbrauch und Essstörungen (12 Items).
- Verhaltensweisen, die weniger durch Aggression als durch Passivität gekennzeichnet sind und eher dem Verhaltensmuster depressiver Patienten ähneln, genannt sei hier vor allem Vernachlässigung alltäglicher, körperlicher und sozialer Bedürfnisse (13 Items).

- Verhaltensweisen, die sich durch aktives Zutun auf der Beziehungsebene zu anderen Menschen oder aber in Interaktion mit ihnen abspielen, wie promiskuitive Sexualität, körperliche Auseinandersetzungen und Unterhalten von dysfunktionalen Beziehungen (8 Items).
- Verhaltensweisen, die sich ebenfalls in Zwischenmenschlichen Beziehungen abspielen, jedoch durch eigene Passivität und ggf. devotes Verhalten gekennzeichnet sind, wie Nicht- für sich Einstehen oder gar Verteidigung in Konfliktsituationen, Nicht-Annehmen von Hilfsangeboten Dritter, einschließlich therapeutischer und medizinischer Art (6 Items).

Die Items wurden in einer Ja/Nein Skalierung abgefragt. Zusätzlich war es den Probanden möglich, die Motivation für das jeweilige Verhalten in eigenen Worten zu beschreiben, um eine bessere Zuordnung zu den Untergruppen zu erzielen.

Diese Untergruppen setzen sich, angelehnt an die Grundpfeiler der Borderline-Psychopathologie (Störungen des Selbstbilds, Störungen der Affektregulation, Störungen der zwischenmenschlichen Interaktion) wie folgt zusammen:

- Aus Gründen des Selbstkonzepts
- Aus Gründen der Affektregulation
- Aus Gründen der zwischenmenschlichen Beziehung

3.3 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mit dem Programmsystem SPSS (Version 21.0).

Zur Darstellung der deskriptiven Statistik wurden relative Häufigkeiten verwendet.

Die Analyse von Häufigkeitsvergleichen erfolgte mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests und dem exakten Fischer-Test.

Korrelationen wurden mit dem Korrelationskoeffizienten nach Spearman und Pearson angegeben.

Für Gruppenvergleiche bei mehr als zwei Gruppen fanden die univariante Varianzanalyse (ANOVA) für unabhängige Stichproben und der Kruskal-Wallis-Test Anwendung.

Als Signifikanzniveau wurde $\alpha = 0,05$ gewählt, bei kleineren p-Werten wurde das Ergebnis eines statistischen Testes als signifikant erachtet. P-Werte zwischen 0,1 und 0,05 wurden als Trend bezeichnet.

4 Ergebnisse

4.1 Deskriptive Statistik

4.1.1 Probanden

Insgesamt nahmen 32 Patienten an der Studie Teil, davon waren zwei Patienten männlich und 30 Patienten weiblich.

Der Altersdurchschnitt lag bei 30,28 Jahren (Standardabweichung = 8,309).

22 Patienten waren ledig, fünf ledig, aber in fester Partnerschaft, zwei verheiratet und ebenfalls zwei getrennt lebend.

Von den 32 Patienten hatten 15 Patienten die allgemeine Hochschulreife erworben, 12 den Realschulabschluss/mittlere Reife und fünf einen Hauptschulabschluss.

4.1.2 Borderline-Symptomatik

9,04% (N=3) Patienten erzielten einen Mittelwert kleiner 1, ihre Borderline-Symptomatik ist folglich zum Zeitpunkt der Erhebung kaum ausgeprägt. 12,05% (N=4) kamen auf einen Wert zwischen 1 und 2, welcher eine aktuell lediglich gering ausgeprägte Borderline-Symptomatik bedeutet. Bei 50,00% (N=15) der Patienten ergab die Erhebung einen Mittelwert zwischen 3 und 4, diese litten folglich unter einer moderaten Ausprägung der Borderline-Symptomatik. Bei 23,03% (N=7) lag die Punktzahl zwischen 3 und 4, ihre Krankheit ist zum Zustand der Befragung demnach als schwer zu interpretieren, bei 3,33% (N=1) mit einem Punktwert über 4 sogar als sehr schwer (Abb.2). Im Mittelwert wurden bei der Testung 2,08 Punkte erreicht (Standardabweichung = 0,86) (Abb.3).

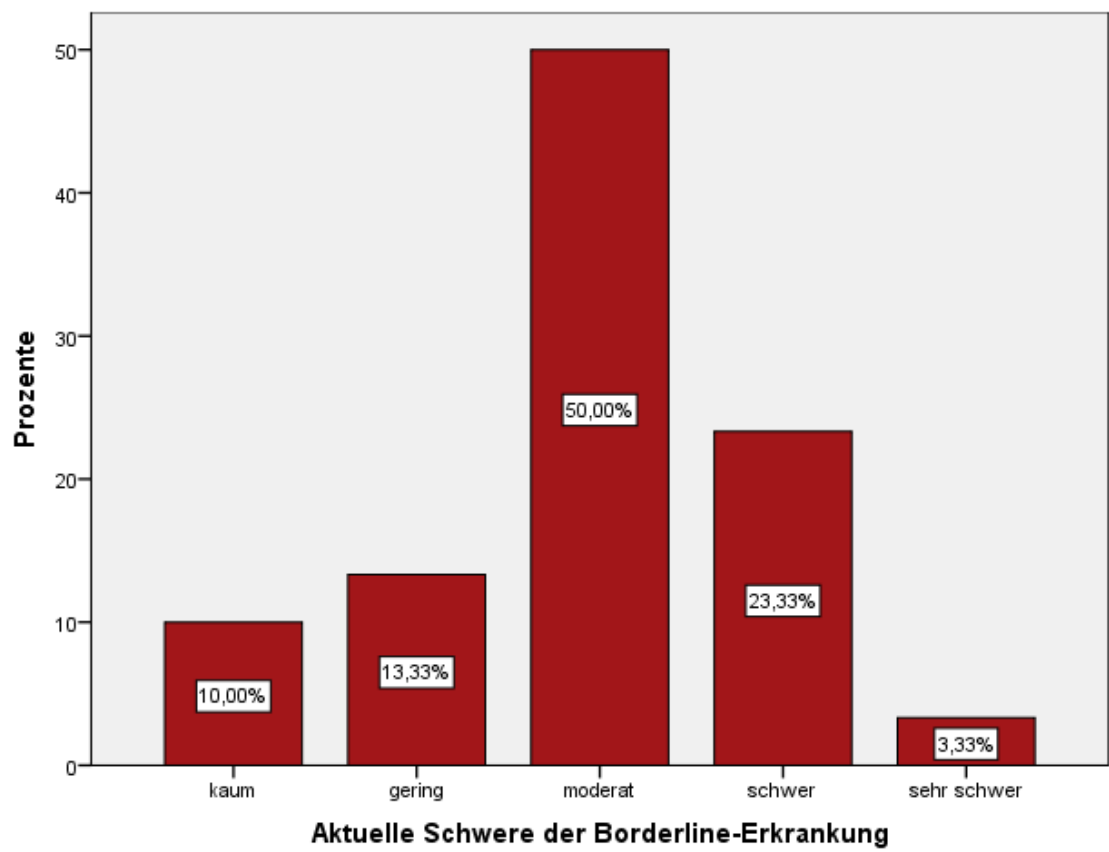


Abb.2: Aktuelle Schwere der Borderline-Erkrankung gemäß BSL-23

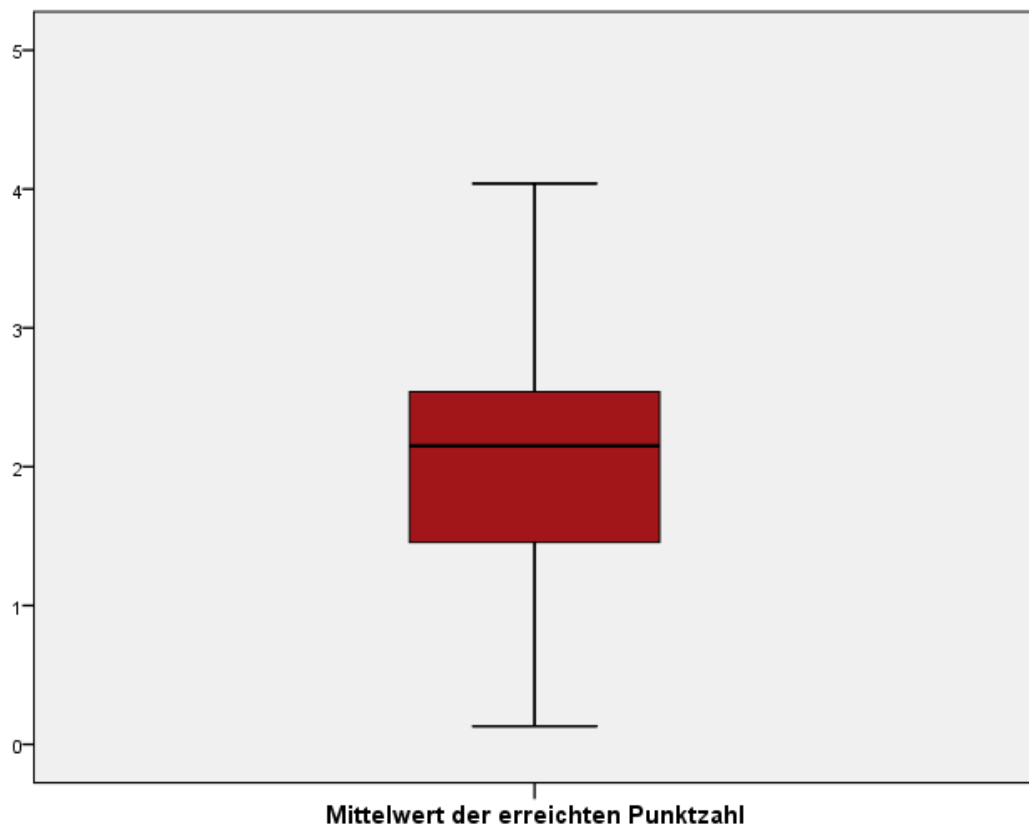


Abb.3: Mittelwert der erreichten Punktzahl beim BSL-23

4.1.3 Depressive Symptomatik

12,50% (N=4) Patienten verzeichneten einen Hamilton-Wert kleiner 10 und litten demnach unter keiner klinisch relevanten Depression. 40,63% (N=13) kamen auf einen Wert zwischen 20 und einschließlich 29 Punkten und fielen in die Kategorie einer mittelschweren Depression. Bei 46,88% (N=15) der Patienten ergab die Befragung einen Punktwert über 30, diese sind demnach als schwer depressiv einzuordnen (Abb.4).

Im Mittelwert wurden bei der Testung 27,84 Punkte erreicht (Standardabweichung =11,789) (Abb.5).

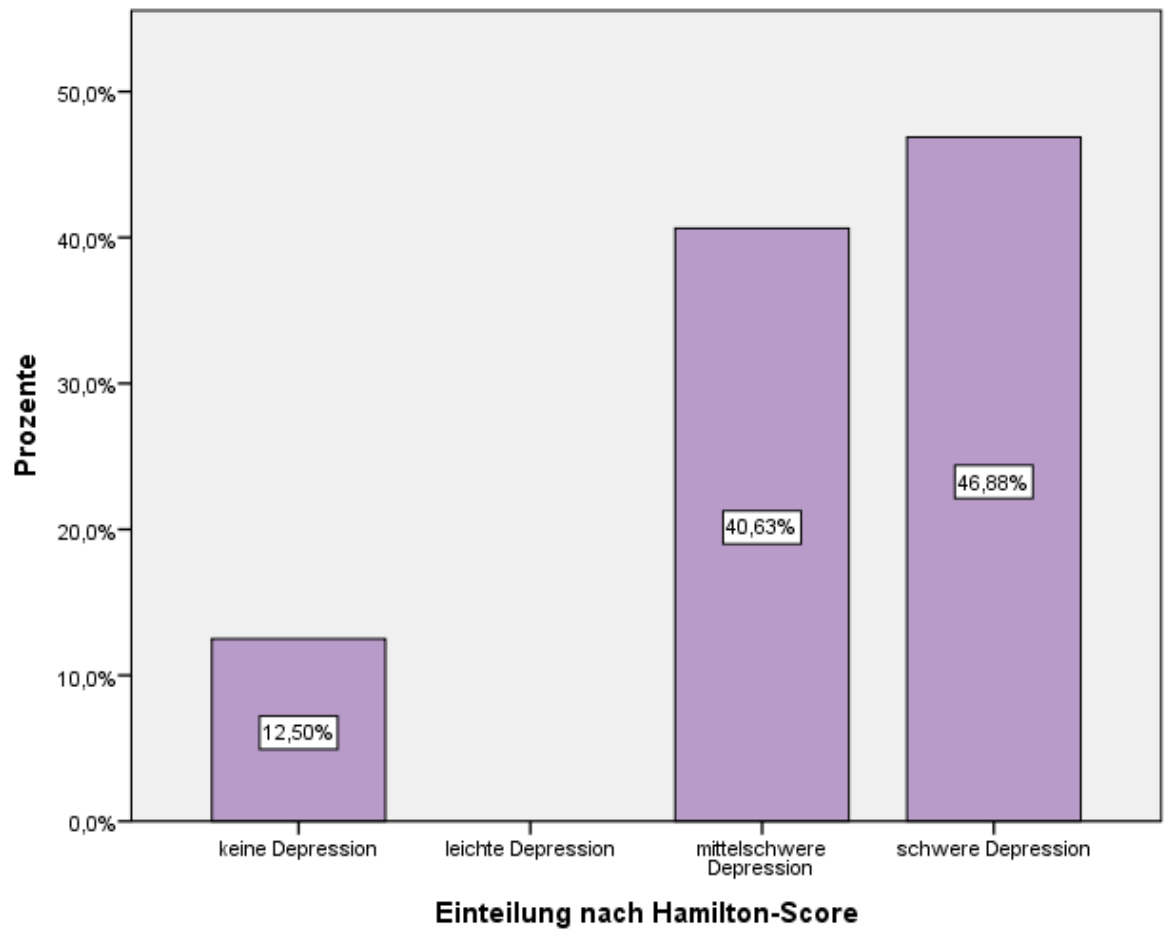


Abb.4: Schwere der Depression gemäß Hamilton-Einteilung

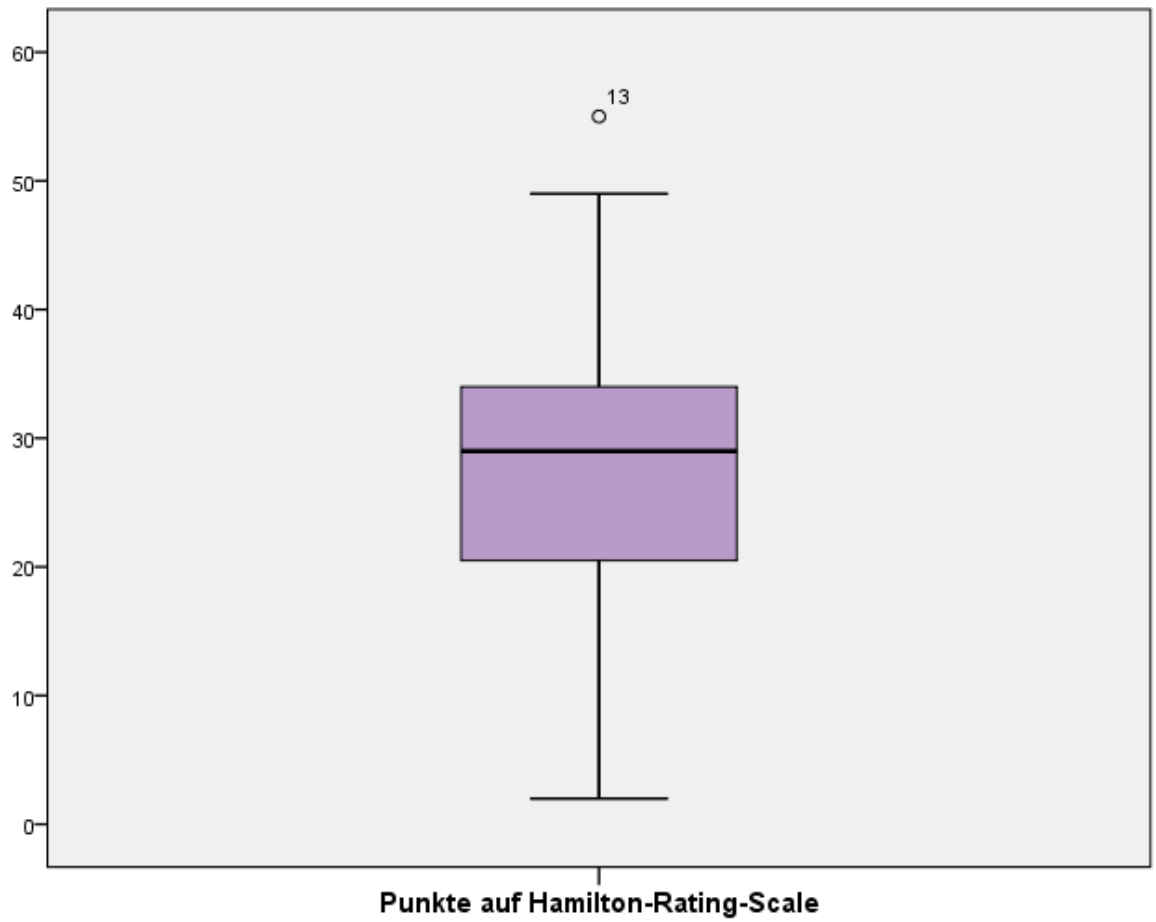


Abb.5: Verteilung der erreichten Punkte im Hamilton-Rating-Scale

4.1.2. Angaben zu Dysfunktionalen Verhaltensweisen

4.1.2.1 Generelle Verteilung von dysfunktionalen Verhaltensweisen

Bei der Eruiierung dysfunktionalen Verhaltens ergab sich, dass die meisten Patienten in jeder der vier erfragten Kategorien Verhaltensweisen aufweisen, die ihnen in gewisser Weise schaden.

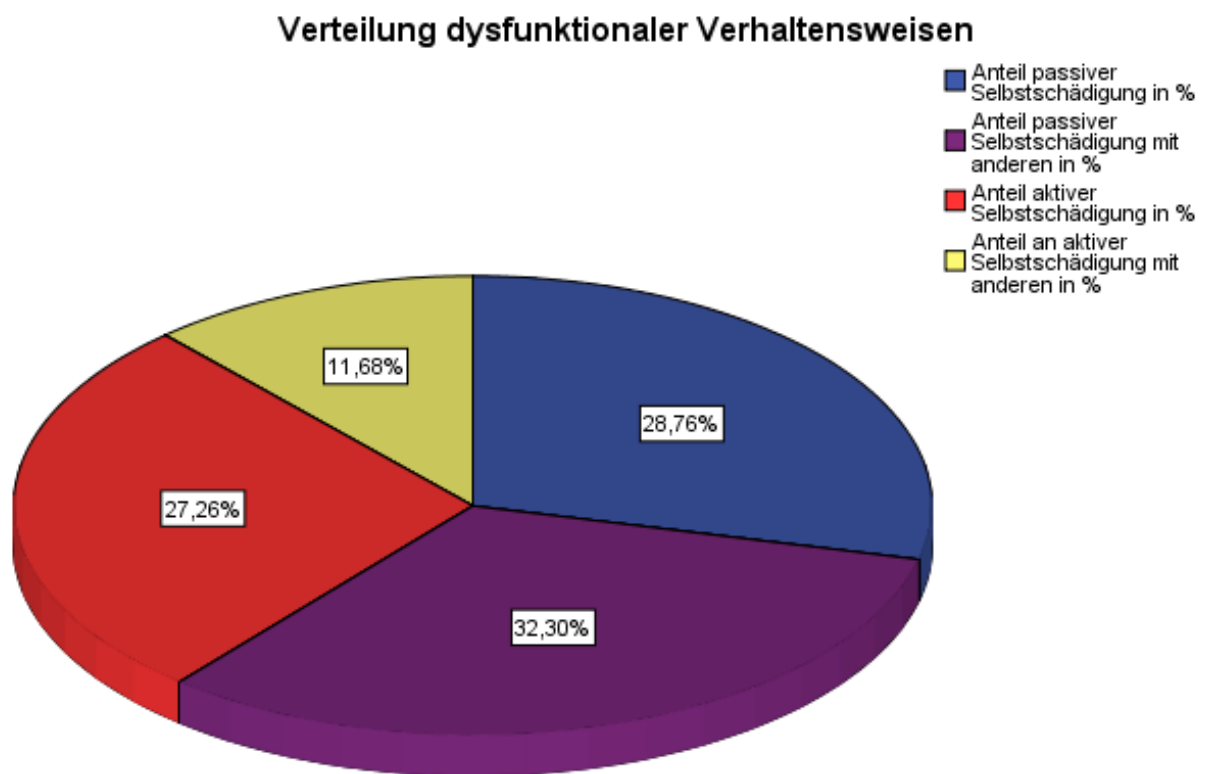


Abb.6: Allgemeine Verteilung dysfunktionalen Verhaltens

Im Schnitt setzen sich die am häufigsten aufgewiesenen dysfunktionalen Verhaltensweisen zu 28,76% aus passiver Selbstschädigung, zu 32,3% aus passiver Selbstschädigung in Interaktion mit Dritten, zu 27,26% aus aktiver Selbstschädigung und zu 11,68% aus aktiver Selbstschädigung in Interaktion mit Dritten zusammen.

Weitere von Patienten angegebene, allerdings nicht in Items abgefragte, sondern frei formulierbare dysfunktionale Verhaltensweisen waren (*N. B.: Einige Aussagen beschreiben weniger Verhaltensweisen per se als vielmehr ein Zusammenspiel aus Selbstbild, Grundannahmen und Denkweisen, welches man im Gesamten als "dysfunktionale Kognition" bezeichnen könnte*):

- „Ich halte Dinge schlecht durch, das beeinträchtigt mich und zeigt sich in anderen Bereichen, in denen man Geduld bräuchte. Z.B.: Einen Job länger machen, jemanden über einen längeren Zeitraum kennenlernen, etwas Neues beginnen, mir etwas kaufen, was ich mir nicht leisten kann. Anstatt zu sparen, geh ich lieber ins Minus, egal wie viel.“
- „Erhöhter eigener Leistungsdruck für Anerkennung.“
- „Ich arbeite zu viel“
- „zu häufiges Duschen, Waschen, Desinfizieren meines Körpers, sowohl äußerlich (Extrem-Peeling, Gesichtswasserwahn, Händewaschen) als auch innerlich (Essen antibiotischer Lebensmittel, viel Heilerde, Abführmittel“
- „SM-Spiele. Dann muss ich mir selbst nicht wehtun und lasse das jemand anderen für mich machen.“
- „Mich selbst immer wieder mit denselben schlechten Gedanken kleinhalten.“
- „Ich reiße mir die Haare aus.“
- „Mir große Ziele vornehmen, die ich nicht schaffen kann.“
- „Ich kann mich nicht loslösen von Menschen, auch wenn sie mir mein Leben zur Hölle machen. Ich denke dann immer ich soll froh sein dass sich überhaupt jemand mit mir abgibt.“
- „Ich bin zu perfektionistisch und muss Dinge immer genauso erledigen, wie ich mir das vorgenommen habe.“
- „Ich kann nicht NEIN sagen.“
- „Ich passe mich immer überall zu sehr an und muss immer die Fassade wahren.“
- „Ich entscheide mich oft bewusst dafür, dass ich jetzt das tue, was mir schadet. Also Tabletten nehmen, Alkohol trinken oder mit irgendwem schlafen. Obwohl ich weiß dass es mir nicht gut tut. Ich WILL das in dem Moment einfach und will auch nicht davon abgehalten werden. Ich hasse mich und das Leben so sehr dass ich einfach etwas Furchtbares tun muss.“
- „Ich habe den Zwang, bestimmte Dinge immer gleich machen zu müssen. Das

gibt mir Sicherheit.“

- „exzessives Sporttreiben“
- „Ich mache mich schnell von anderen Personen abhängig.“

4.1.2.2 Im Speziellen: Passive Selbstschädigung

Im Mittelwert bejahten die Probanden 51,9% der abgefragten Items zur passiven Selbstschädigung.

Die Inhaltsanalyse der von den Probanden angegebenen Begründungen zu bejahten Items, bei denen passive Selbstschädigung abgefragt wurde, brachte hervor, dass die Dysfunktionalität zu 66,30% aus Gründen des Selbstkonzepts, zu 22,28% aus Gründen der Affektregulation (in diesem Fall handelt es sich insbesondere um Störungen des Affekts selbst) und zu 11,41% aus Gründen der zwischenmenschlichen Interaktion besteht (Abb.7).

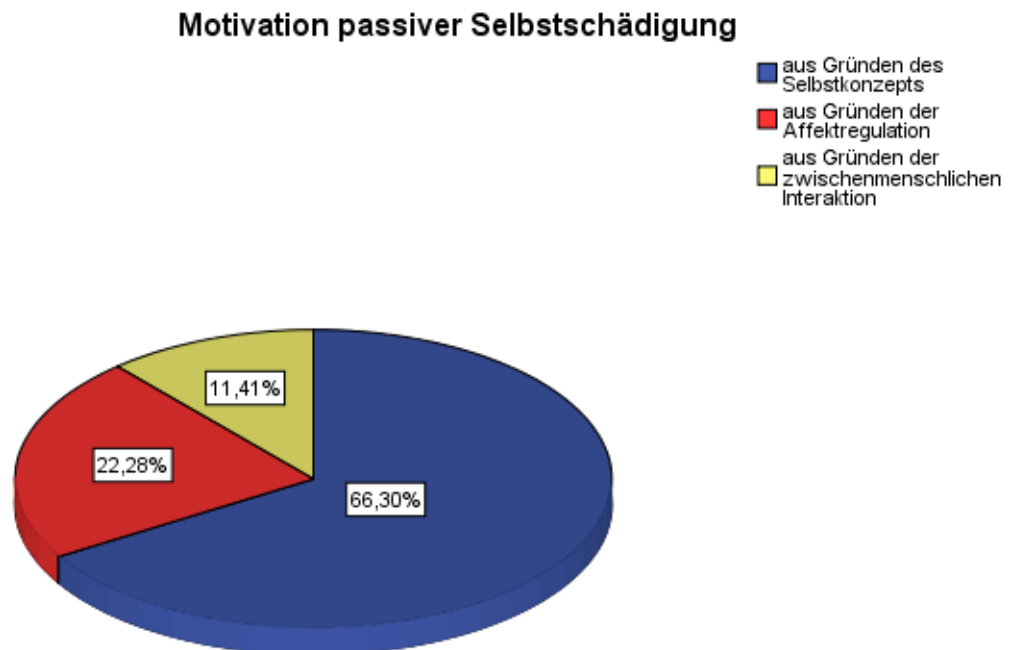


Abb.7: Unterteilung Motive passiver Selbstschädigung

Die Gründe für etwaiges passives dysfunktionales Verhalten wurden von den Patienten wie folgt beschrieben (es handelt sich um ausgewählte Zitate, manche Begründungen wurden mehrfach und in ähnlicher Weise genannt. Sie werden deshalb aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht extra aufgeführt):

Haben Sie Ihre Körperpflege vernachlässigt, d.h. Zähneputzen, Duschen, Haare frisieren ?

Selbstkonzept	Affektregulation	Zwischenmenschliches
<ul style="list-style-type: none">- „zu wenig Selbstwert.“- „Wieso auch.“- „ich will hässlich sein.“	<ul style="list-style-type: none">- „innere Leere.“- „zu anstrengend.“- „es war eine Qual für mich, alles war sinnlos, ich war zu starr.“	<ul style="list-style-type: none">- „ich wollte auf andere Menschen abschreckend wirken.“

Haben Sie Nahrungsaufnahme vernachlässigt?

Selbstkonzept	Affektregulation	Zwischenmenschliches
<ul style="list-style-type: none">- „weil ich nur wenn ich geschwächt bin ein Recht darauf habe, hier zu sein.“- „ich gönne es mir nicht und darf Essen nicht genießen.“	<ul style="list-style-type: none">- „ich war zu traurig dazu.“- „ich schaffte es wegen Depressionen nicht, einzukaufen.“- „es war mir zu anstrengend.“	

Haben Sie Schlaf vernachlässigt?

Selbstkonzept	Affektregulation	Zwischenmenschliches
<ul style="list-style-type: none">- „ich wollte mich bestrafen und damit es mir am nächsten Tag schlecht geht.“- „ich habe Schlaf nicht verdient gehabt.“	<ul style="list-style-type: none">- „ich hatte zu viele Gedanken im Kopf und war zu unruhig.“- „ich war zu erstarrt um zu schlafen.“	<ul style="list-style-type: none">- „Kontrollzwang über meinen Partner und mein Umfeld.“

Haben Sie Schwierigkeiten gehabt, in ihrem Haushalt Ordnung zu halten?

Selbstkonzept	Affektregulation	Zwischenmenschliches
<ul style="list-style-type: none"> - „es war mir gleichgültig und ich habe es verdrängt.“ - „das Chaos hat meine innere Zerstörung widerspiegelt.“ 	<ul style="list-style-type: none"> - „ich habe es einfach kräftemäßig nicht geschafft.“ - „es war so vermüllt, dass ich nicht wusste wo anfangen. Ich war überfordert und nur am heulen.“ 	

Haben Sie Gesellschaft von anderen Menschen vermieden oder gar Isolation gesucht?

Selbstkonzept	Affektregulation	Zwischenmenschliches
<ul style="list-style-type: none"> - „ich fühlte mich dumm und wertlos.“ - „ich wollte mich alleine betrinken“ - „ich hatte Angst vor mir selbst“ - „fühle mich noch schlechter wenn ich sehe, dass es den anderen so gut geht und die ihr Leben leben können und ich nicht.“ - „ich fühlte mich fett und hässlich und schämte mich.“ - „Gefühl, ich kann bei anderen letztendlich nur verlieren.“ 	<ul style="list-style-type: none"> - „ich hatte Angst vor Reizüberflutung.“ - „keine Kraft, es war zu anstrengend.“ 	<ul style="list-style-type: none"> - „weil ich die Menschheit abgrundtief hasse.“ - „mich interessieren andere Menschen nicht.“ - „ich hatte Angst, anderen zur Last zu fallen.“ - „ich hatte Angst, abgelehnt zu werden.“ - „ich wollte keine verletzenden Kommentare hören.“ - „Große Angst vor Menschen, Ablehnung, Verletzung, aber auch Vereinnahmung und Abhängigkeit.“ - „wenn ich andere zu nah an mich ranlasse und idealisiere, wertere ich mich automatisch ab und kann sie dann nicht ertragen.“ - „ich halte die Gegenwart/Stimmung/das Verhalten anderer nicht aus.“

Haben allgemein Schwierigkeiten gehabt, Ihren Alltag zu strukturieren?

Selbstkonzept	Affektregulation	Zwischenmenschliches
<ul style="list-style-type: none"> - „es gibt für mich keinen Grund aufzustehen.“ - „ich war überfordert und weiß nichts mit mir anzufangen, vor allem bei zuviel Freizeit.“ - „Angst mich zu enttäuschen, schlimme Gedanken bestimmten mein Handeln und lähmten mich.“ - „ich hab mir zu viel vorgenommen und deshalb nichts davon gemacht. Ich Versagerin.“ - „Phasen zwanghafter Überaktivität abgelöst durch totale Bewegungsunfähigkeit.“ - „ich sehe keinen Sinn darin, jeden Tag kämpfen zu müssen.“ 	<ul style="list-style-type: none"> - „Gefühl von Leere angesichts der Routine, hatte Drang nach Kicks und Unregelmäßigkeit.“ - „Konnte wegen Angstzuständen das Haus nicht verlassen.“ 	

Haben Sie bei Spannungszuständen Ihre Skillskette nicht angewendet?

Selbstkonzept	Affektregulation	Zwischenmenschliches
<ul style="list-style-type: none"> - „kein Skill der Welt ersetzt die Erlösung durch eine Rasierklinge.“ - „ist sinn- und nutzlos“ - „Selbstverletzung ist effektiver, ich wollte die Narben und den Schmerz.“ - „ich habe es irgendwie genossen, dass es mir schlecht ging.“ - „Leiden kann ich wenigstens.“ - „ich will die Narben, wenigstens das macht mich zu etwas Besonderem.“ 	<ul style="list-style-type: none"> - „ich war blind wegen der Spannung.“ - „die Spannung war zu hoch, als dass mir die gewohnten Skills hätten helfen können.“ 	

Haben Sie allgemein therapeutische Verfahren (z.B aus der DBT) nicht umgesetzt?

Selbstkonzept	Affektregulation	Zwischenmenschliches
<ul style="list-style-type: none"> - „Angst dass es nicht funktioniert.“ - „ich wollte nicht.“ - „Angst davor, Verantwortung zu übernehmen.“ - „Angst, dass es nicht funktioniert.“ - „Angst; dass es funktioniert – und was dann?“ - „mich überzeugt die DBT nicht.“ 	<ul style="list-style-type: none"> - „nicht geschafft.“ - „ist mir zu viel und wenn es mir gut geht, kann ich mich nicht dazu aufraffen.“ - „ich habe es zu aufwendig empfunden im stressigen Alltag.“ 	<ul style="list-style-type: none"> - „ich wollte nicht nach Anweisungen handeln, die Therapeuten mir gegeben haben, die gar nicht verstehen, wie es mir geht.“

Verbringen Sie übermäßig viel Zeit vor dem Computer?

Selbstkonzept	Affektregulation	Zwischenmenschliches
	<ul style="list-style-type: none"> - „Leere und Langeweile.“ - „Realitätsflucht.“ - „Zeit totschiagen.“ 	<ul style="list-style-type: none"> - „um mich nicht so einsam zu fühlen.“ - „da kann ich mit Leuten kommunizieren, ohne sie treffen zu müssen.“

Besuchen Sie im Internet Seiten mit Inhalten über SVV/Suizid/Pro Ana oder allgemein triggernden Texten?

Selbstkonzept	Affektregulation	Zwischenmenschliches
<ul style="list-style-type: none"> - „ich wollte dass es mir schlecht geht und mich so richtig fallen zu lassen in meinen Sumpf.“ - „wollte mich zum Ritzen anstacheln.“ - „Pro Ana um durchzuhalten mit dem Hungern.“ - „ich wollte Bestätigung.“ - „ich will mich einfach ständig mit diesen Themen fassen, egal ob mir das nicht guttut.“ 		<ul style="list-style-type: none"> - „bei Pro Ana gibt’s viele die mich besser verstehen als anderswo.“ - „ich wollte mich mit anderen Selbstverletzern vergleichen.“ - „Gleichgesinnte finden.“

Vermeiden Sie alles, was mit Sexualität zu tun hat, vollkommen?

Selbstkonzept	Affektregulation	Zwischenmenschliches
<ul style="list-style-type: none">- „Ekelgefühle.“- „Komplexe.“- „ich bin hässlich.“- „ich kann meine Weiblichkeit nicht akzeptieren.“	<ul style="list-style-type: none">- „weil ich sonst ständig Panikattacken habe.“- „Angst vor Flashbacks.“- „es triggert mich, und ich ertrage es nicht.“	<ul style="list-style-type: none">- „ich habe Angst vor körperlicher Nähe.“- „weil ich immer nur missbraucht wurde und ich das nicht nochmal erleben will.“

4.1.2.3 Im Speziellen: Passive Selbstschädigung mit anderen

Im Mittelwert bejahten die Probanden 58,3% der abgefragten Items zur passiven Selbstschädigung mit anderen.

Die Motivation für passive Selbstschädigung in Interaktion mit Dritten setzte sich zu 51,28% aus Gründen des Selbstkonzepts, zu 44,44% aus Gründen der Affektregulation und zu 4,27% aus Gründen der zwischenmenschlichen Interaktion zusammen (Abb.8).

Motivation passiver Selbstschädigung mit anderen

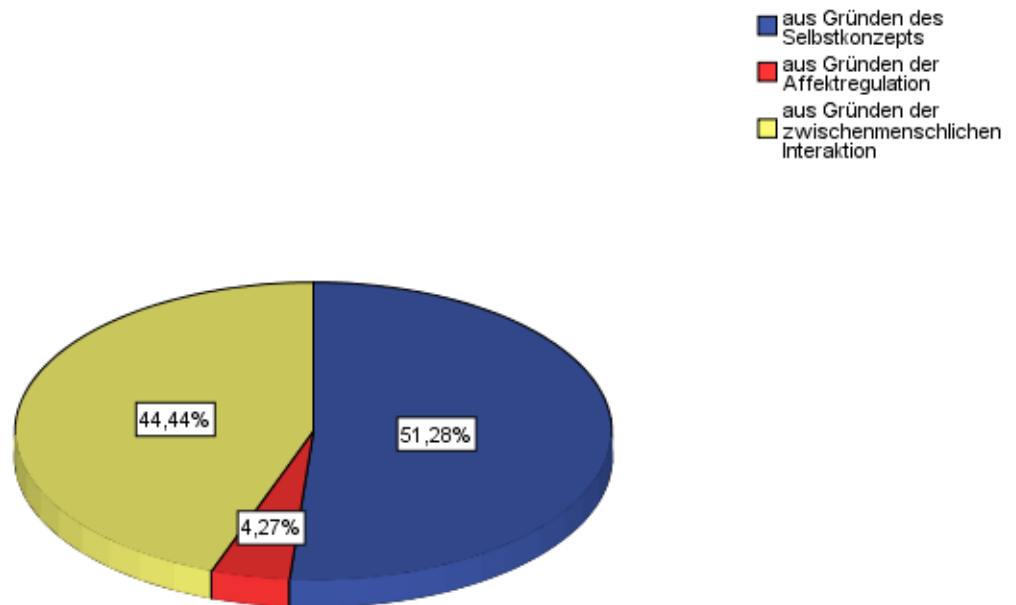


Abb. 8: Unterteilung Motive passiver Selbstschädigung mit anderen

In die freien Textfelder unter den erfragten Items schrieben die Patienten (es handelt sich um ausgewählte Zitate, manche Begründungen wurden mehrfach und in ähnlicher Weise angegeben. Sie werden darum aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht extra aufgeführt):

Haben Sie nicht reagiert, wenn ein Freund oder Bekannter Sie zu kontaktieren versucht hat?

Selbstkonzept	Affektregulation	Zwischenmenschliches
<ul style="list-style-type: none"> - „fühlte mich dem nicht gewachsen, und es war mir zuviel.“ - „ich wollte meine Ruhe haben und alleine sein.“ - „ich war überfordert und wollte nicht immer funktio- 	<ul style="list-style-type: none"> - „ich war frustriert und wütend.“ - „es war mir alles egal, habe nichts gefühlt.“ 	<ul style="list-style-type: none"> - „ich hatte keine Lust auf die jeweiligen Personen und ihre Nähe.“ - „andere Menschen sollen nicht mitbekommen, dass es mir schlecht geht.“ - „ich hatte Angst vor dem

<p>nieren müssen für den anderen.“</p> <ul style="list-style-type: none"> - „so wie ich bin, würde ich alle verschrecken, also spiele ich meistens die Lustige. Aber irgendwann geht mir die Kraft aus, und dann kann und will ich einfach nicht mehr der Clown für andere sein.“ - „ich habe mich geschämt.“ - „ich kann nicht sprechen oder nur jammern.“ - „wenn mich jemand hört oder sieht, bin ich für immer unten durch.“ 		<p>Kontakt und der Nähe zu anderen.“</p> <ul style="list-style-type: none"> - „ich wollte Fragen und Anforderungen von anderen vermeiden.“
--	--	---

Haben Sie, obwohl Sie wussten, dass Ihnen Unrecht getan wurde, es geschehen lassen?

Selbstkonzept	Affektregulation	Zwischenmenschliches
<ul style="list-style-type: none"> - „Ohnmachtsgefühl.“ - „weil ich es nicht wert bin.“ - „Sühne für die Fehler, die ich begangen habe.“ - „damit ich einen Grund für Schneiden etc. habe.“ - „ich wusste nicht, wie ich mich wehren soll.“ - „ich habe es nicht anders verdient, das Verhalten anderer passte zu mir.“ - „ist das überhaupt Unrecht? Ich bin nur kleinlich.“ - „wenn ich mich wehre, wird es noch schlimmer.“ - „ich bin sowieso machtlos.“ 		<ul style="list-style-type: none"> - „damit der andere sich gut fühlt.“ - „Verlustangst.“ - „ich hatte Angst verlassen zu werden.“ - „ich hatte Angst vor der Reaktion des anderen und vor allem Angst vor Konflikten.“ - „ich habe diese Person geliebt und war abhängig. Ich hätte alles für ihn getan, eben auch leiden.“

Sind Sie in Konfliktsituationen nicht für sich eingestanden?

Selbstkonzept	Affektregulation	Zwischenmenschliches
<ul style="list-style-type: none"> - „ich kann das einfach nicht gut.“ - „ich will nicht aufmüpfig sein.“ - „ich bin es nicht wert.“ - „ich fühlte mich schwach und unfähig.“ - „ich sah keinen Grund, mich zu verteidigen, und fühlte mich schlecht.“ - „ich bin mir in solchen Situationen nicht sicher, ob ich nicht doch im Unrecht bin.“ 	<ul style="list-style-type: none"> - „ich hatte so eine unverhältnismäßige Wut in mir, dass ich nicht sachlich hätte diskutieren können, sondern nur beschimpfen, beleidigen und verletzen.“ 	<ul style="list-style-type: none"> - „Ich hatte Angst, abgelehnt zu werden.“ - „ich wollte den anderen nicht verletzen.“ - „meine Eltern haben mir immer vermittelt: Egal was ist, ich bin eh im Unrecht und soll dankbar sein für jeden der sich mit mir Pack abgibt.“ - „weil es ansonsten in einer Katastrophe enden würde.“ - „ich dachte immer: Bitte mag mich, ich mach alles was du willst, aber bitte wende dich nicht von mir ab!“ - „damit es dem anderen nicht schlecht ging.“

Haben Sie Kontakt zu Menschen aufrecht erhalten, obwohl Sie wussten, dass diese Ihnen nicht guttun?

Selbstkonzept	Affektregulation	Zwischenmenschliches
<ul style="list-style-type: none"> - „ich wollte mir schaden.“ - „um mein Minderwertigkeitsgefühl zu bestätigen.“ - „Es erschien mir nicht möglich, den Kontakt abzubauen, weil es mir emotional irgendwas gegeben hat, auch wenn es selbstzerstörerisch für mich war.“ - „ich war dankbar für jeden, der mich aushält.“ - „Pflichtgefühl und das Bedürfnis zu helfen.“ - „Gefühl, dass Bedürfnisse anderer wichtiger sind als meine eigenen.“ - „weil ich naiv bin.“ - „ich hatte Angst vor dem 		<ul style="list-style-type: none"> - „weil ich das Gefühl hatte, dass ich sie brauche. Gleichzeitig hoffte ich auch, vielleicht auch irgendwann mal was zu bekommen, anstatt nur zu geben.“ - „es fiel mir schwer mich zu trennen, ich hatte Angst den Kontakt abzubauen.“ - „ich war abhängig von dieser Person, sie hat mich verstanden.“ - „mich faszinierten diese Menschen, auch wenn sie mir schadeten – es gab ja auch gute, liebevolle Momente.“ - „ich wollte andere nicht verletzen.“ - „ich hatte Angst vor der

<p>Alleinsein.“</p> <ul style="list-style-type: none"> - „mich mag sonst bestimmt keiner.“ 		<p>Reaktion wenn ich mich trenne.“</p> <ul style="list-style-type: none"> - „weil ohne diese Person mein Leben leer ist.“ - „weil es meine Familie war und sie mir trotz allem, was sie mir angetan haben, sehr wichtig sind.“
---	--	--

Haben Sie Hilfe nicht annehmen können?

Selbstkonzept	Affektregulation	Zwischenmenschliches
<ul style="list-style-type: none"> - „der Impuls, der gegen mich arbeitet, war stärker.“ - „ich muss es alleine schaffen, ich darf nicht um Hilfe bitten. Das ist ein Zeichen von Schwäche.“ - „ich bin es nicht wert.“ - „mir steht keine Hilfe zu.“ - „ich überfordere andere.“ - „andere brauchen Hilfe dringender als ich, ich nehme anderen Leuten Hilfsangebote weg.“ - „ich wollte mir nicht eingestehen, dass ich Hilfe brauche.“ - „Angst vor Einweisung in die Klinik, wenn ich ehrlich gewesen wäre.“ - „ich will dem anderen keine Last sein.“ - „Scham, andere auszunutzen und schlechtes Gewissen.“ - „niemand kann mir helfen, ich bin schon so weit unten.“ - „ich brauche keine Hilfe.“ 		<ul style="list-style-type: none"> - „ich will in niemandes Schuld stehen, das wird irgendwann alles verwendet, um mich fertig zu machen.“ - „vielleicht ist das Hilfsangebot nicht aufrichtig.“ - „ich hatte Angst, wieder abhängig von jemandem zu werden.“ - „ich hatte Angst, dass mich letztendlich doch nur wieder jemand für seine Zwecke missbraucht, wenn ich mich anvertraue.“

Haben Sie Arzt und Therapeutentermine versäumt?

Selbstkonzept	Affektregulation	Zwischenmenschliches
<ul style="list-style-type: none">- „andere Dinge waren wichtiger.“- „vergessen und verdrängt.“- „um mich meinen Problemen und den Konsequenzen meines Verhaltens nicht stellen zu müssen.“- „ich kann mich nicht verständlich äußern, wirke sehr komisch, abstoßend und sehe auch so aus.“- „mir ist eh nicht zu helfen.“	<ul style="list-style-type: none">- „ich war so depressiv, ich habe es nicht geschafft, aus dem Haus zu gehen.“	<ul style="list-style-type: none">- „weil Ärzte absolute Kurfuscher sind und ich schon mehrfachen Pfusch an eigenem Leib erfahren habe.“- „ich hatte kein Bock auf das Getue und Gelaber von den Therapeuten.“- „die wären eh nur abgestoßen und verschreckt von mir.“- „die lachen mich aus.“- „die verstehen mich nicht.“

4.1.2.4 Im Speziellen: aktive Selbstschädigung

Im Mittelwert bejahten die Probanden 49,2% der abgefragten Items zur passiven Selbstschädigung.

Die Motivation für aktive Selbstschädigung setzte sich zu 35,19% aus Gründen des Selbstkonzepts, zu 61,73% aus Gründen der Affektregulation und zu 3,09% aus Gründen der zwischenmenschlichen Interaktion zusammen (Abb.9).

Motivation aktiver Selbstschädigung

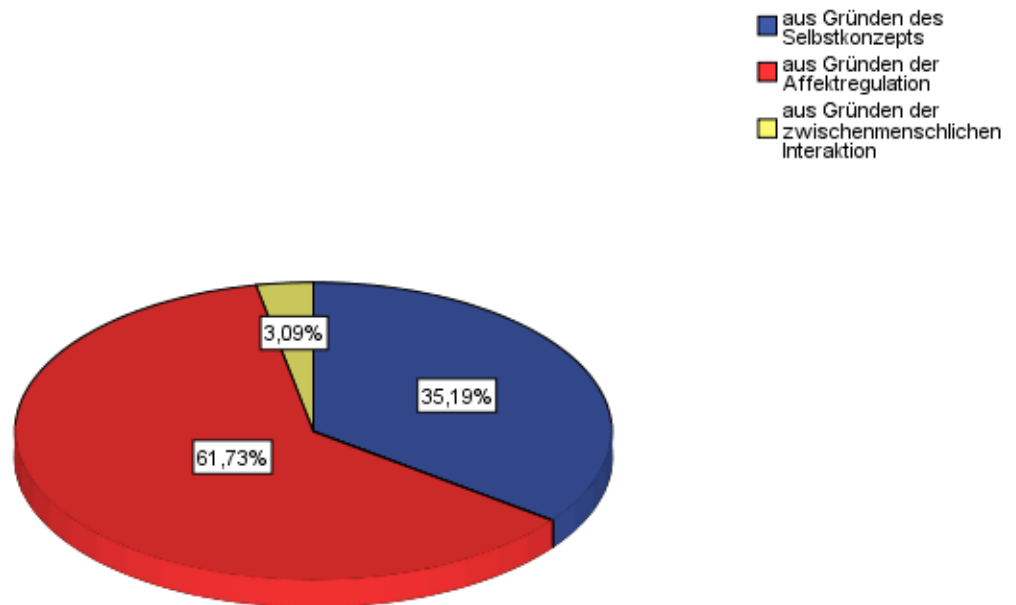


Abb. 9: Unterteilung Motive aktiver Selbstschädigung

Im Folgenden die frei formulierten Motivationen für aktive Selbstschädigung (es handelt sich um ausgewählte Zitate, manche Begründungen wurden mehrfach und in ähnlicher Weise angegeben. Sie werden deshalb aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht extra aufgeführt):

Haben Sie sich mit Gegenständen selbst verletzt?

Selbstkonzept	Affektregulation	Zwischenmenschliches
<ul style="list-style-type: none"> - „unglaublicher Selbsthass.“ - „ich wollte mich selbst bestrafen weil ich so ein widerlicher Mensch bin.“ - „ich hasse meinen Körper.“ 	<ul style="list-style-type: none"> - „Habe damit meiner Verzweiflung Ausdruck verleihen können und weil es mir so schlecht ging.“ - „wegen dem starken Drang.“ - „Druckabbau.“ 	<ul style="list-style-type: none"> - „ich wollte dass andere bemerken, dass es mir schlecht geht.“

<ul style="list-style-type: none"> - „blöde Frage, um seelischen Schmerz nicht spüren zu müssen und weil ich es verdient hatte.“ - „ich habe keine andere Lösung gesehen.“ - „damit ich weiß, dass ich existiere.“ 	<ul style="list-style-type: none"> - „Als Mittel gegen Angstfantasien.“ 	
---	--	--

Haben Sie sich mit scharfen Instrumenten so verletzt, dass Sie ärztlich versorgt werden mussten?

Selbstkonzept	Affektregulation	Zwischenmenschliches
<ul style="list-style-type: none"> - „ich habe zu viele Medikamente genommen, damit ich mich traue tiefer zu schneiden.“ - „ich wollte mir beweisen, dass ich keine Memme bin, die nur oberflächlich schneiden kann.“ - „Bedürfnis, mich zu bestrafen.“ - „nur wenn es genährt werden muss, ist es eine ausreichende Strafe/Befriedigung.“ 	<ul style="list-style-type: none"> - „weil es mir so schlecht ging und eine oberflächliche Verletzung nicht gereicht hätte.“ - „ich war total betrunken und mir erschien alles nicht mehr anders machbar, ich hatte so viel Kummer und Angst in mir.“ - „ich kam in einen Blutrausch.“ - „Kontrollverlust während dem Schneiden.“ 	

Haben Sie für Ihre Verhältnisse übermäßig viel Geld ausgegeben?

Selbstkonzept	Affektregulation	Zwischenmenschliches
<ul style="list-style-type: none"> - „Ego aufbessern und mein Selbstwert erhöhen.“ 	<ul style="list-style-type: none"> - „Zeitvertreib gegen schlechtes Gefühl in mir“ - „ich habe die Kontrolle verloren.“ - „es hat sich in dem Moment einfach gut angefühlt.“ - „wenn es mir schlecht geht, habe ich den Zwang, mir etwas Neues zu kaufen.“ - „Leere füllen.“ - „viel Geld ausgeben beruhigt meine Nerven.“ 	

Haben Sie regelmäßig Alkohol konsumiert?

Selbstkonzept	Affektregulation	Zwischenmenschliches
<ul style="list-style-type: none"> - „damit ich im Alltag funktionieren konnte.“ 	<ul style="list-style-type: none"> - „um alles raus zu lassen, was mich bedrückt hat.“ - „damit mein Kopf ruhig ist.“ - „um mich leichter zu fühlen.“ - „um mit meiner Vergangenheit klar zu kommen.“ - „Realitätsflucht.“ - „um schlafen zu können.“ - „um der Verzweiflung zu entkommen.“ 	

Haben Sie bei bestimmten Gelegenheiten übermäßig viel Alkohol getrunken?

Selbstkonzept	Affektregulation	Zwischenmenschliches
<ul style="list-style-type: none"> - „um mir eine Alkoholvergiftung zu holen und daran zu sterben.“ - „um mir zu schaden.“ 	<ul style="list-style-type: none"> - „weil es sich so ergeben hat, man fängt an mit einem Glas anzustoßen, und dann denkt man sich: Ach scheiß drauf, ertränken wir den Schmerz.“ - „Flucht vor der Realität.“ - „um Zugang zu meinen Gefühlen zu bekommen.“ - „um zu vergessen.“ - „kurze Betäubung von unangenehmen Gefühlen.“ - „Versuch, mich selbst zu therapieren.“ 	<ul style="list-style-type: none"> - „um in Gesellschaft offener und lustig zu sein.“ - „um die Anwesenheit anderer zu ertragen.“ - „um Sex ertragen zu können.“ - „ich kann dann besser mit sozialen Situationen umgehen.“

Haben Sie von Medikamenten mehr eingenommen, als ursprünglich verordnet?

Selbstkonzept	Affektregulation	Zwischenmenschliches
<ul style="list-style-type: none"> - „Suizidversuche.“ - „ich wollte, dass ich Schaden davon nehme.“ 	<ul style="list-style-type: none"> - „ich wollte den Zustand nicht mehr aushalten. In meinem Kopf war zu viel, ich hab das nicht mehr ausgehalten.“ 	

	<ul style="list-style-type: none"> - „ich wollte abschalten und alles nicht mehr mitbekommen.“ - „ich wollte mich abschließen und die Tage nicht erleben müssen.“ - „Rauschzustände erreichen.“ - „ich habe die Kontrolle verloren.“ - „um überhaupt etwas schlafen zu können.“ - „knallt mehr.“ 	
--	--	--

Haben Sie Drogen konsumiert?

Selbstkonzept	Affektregulation	Zwischenmenschliches
- „mal wieder lustig sein.“	<ul style="list-style-type: none"> - „damit ich endlich müde werde.“ - „Betäubung.“ - „Einsamkeit ausblenden“ - „um zu vergessen.“ - „damit es mir gutgeht.“ 	- „Wunsch nach Anerkennung, um selbstbewusster zu sein.“

Haben Sie absichtlich weniger oder gar nichts gegessen?

Selbstkonzept	Affektregulation	Zwischenmenschliches
<ul style="list-style-type: none"> - „ich bin zu fett und will abnehmen.“ - „ich hasse meinen Körper“ - „ich wollte meinen Körper auflösen.“ - „warum soll ich essen, wenn ich mich hasse?“ - „ich kam mir dadurch vor, als wäre ich gewappnet, stärker.“ 	<ul style="list-style-type: none"> - „das ist etwas, was ich selbst beeinflussen kann und etwas, womit ich negative Gefühle kompensieren kann.“ - „ich hatte Wut.“ - „ich wollte die Ekelgefühle damit bekämpfen.“ 	

Haben Sie absichtlich zu viel gegessen oder regelrechte Essanfälle gehabt?

Selbstkonzept	Affektregulation	Zwischenmenschliches
<ul style="list-style-type: none"> - „wollte mich bestrafen und mir beweisen dass ich eine undisziplinierte Sau bin.“ 	<ul style="list-style-type: none"> - „Essen hat mich beruhigt und getröstet.“ - „die Leere füllen.“ - „Betäubung.“ - „Kontrollverlust.“ - „konnte damit Einsamkeit vertreiben.“ - „konnte damit meine Angst bewältigen.“ - „Essen gab mir das Gefühl von Harmonie und Trost.“ 	

Suchen Sie manchmal Orte auf, mit denen Sie schlechte Gefühle assoziieren?

Selbstkonzept	Affektregulation	Zwischenmenschliches
<ul style="list-style-type: none"> - „ich bin irgendwie süchtig nach alten, schmerzhaften Gefühlen.“ - „um mich zu quälen und alten Schmerz zu provozieren.“ - „um schlechte Gefühle aus Gewohnheit zu bestätigen.“ - „wollte mich schlecht fühlen.“ 	<ul style="list-style-type: none"> - „um zu fühlen.“ - „damit ich nochmal in die Situation komme und versuche, die Erlebnisse zu verarbeiten.“ - „um überhaupt wieder etwas zu fühlen, wenn ich wieder so tot und taub bin.“ 	

4.1.2.5 Im Speziellen: aktive Selbstschädigung mit anderen

Im Mittelwert bejahten die Probanden 21,0% der abgefragten Items zur passiven Selbstschädigung.

Die Motivation für aktive Selbstschädigung in Interaktion mit Dritten setzte sich zu 27,59% aus Gründen des Selbstkonzepts, zu 55,17% aus Gründen der Affektregulation und zu 17,24% aus Gründen der zwischenmenschlichen Interaktion zusammen (Abb.10).

Motivation aktiver Selbstschädigung mit anderen

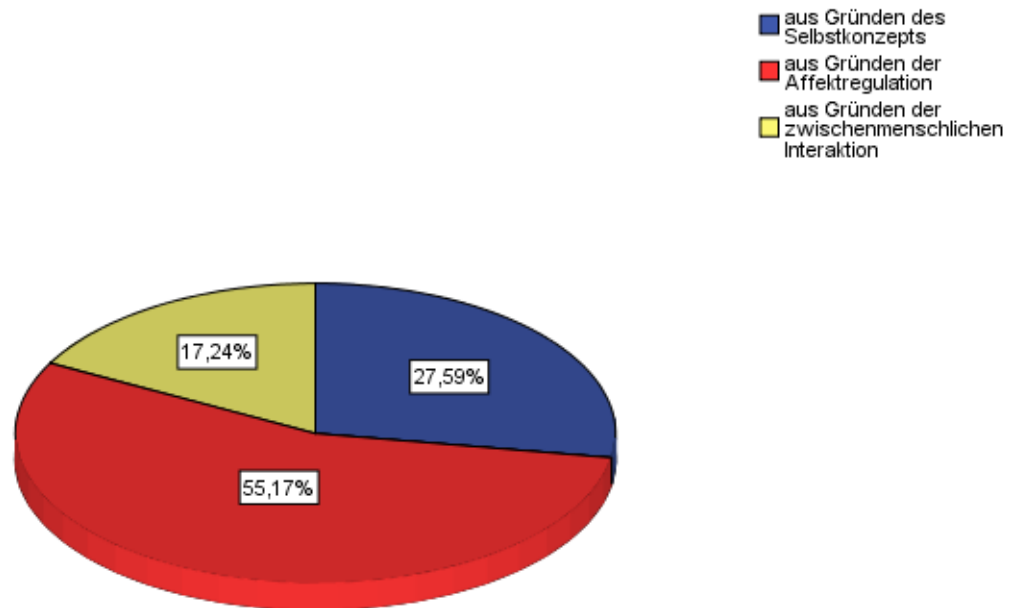


Abb. 10: Unterteilung Motive aktiver Selbstschädigung mit anderen

Für aktives selbstschädigendes Verhalten in Interaktion mit Dritten gaben die Patienten folgende Begründungen an (es handelt sich um ausgewählte Zitate, manche Begründungen wurden mehrfach und in ähnlicher Weise angegeben. Sie werden deshalb aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht extra aufgeführt):

Gehen Sie oft auf öffentliche Veranstaltungen, in Kneipen oder Nachtclubs?

Selbstkonzept	Affektregulation	Zwischenmenschliches
- „ich will auch ein normaler Mensch sein, so wie andere.“	- „um das Gefühl haben, am Leben zu sein, Teil zu nehmen am Leben. Irrendwas.“ - „um mich abzulenken und zu vergessen.“	- „um Männer zu finden, die mir wehtun, also um Männer aufzureißen“ - „um Männer zu finden, die mir das Gefühl geben, etwas wert zu sein.“

Provozieren Sie absichtlich Streit?

Selbstkonzept	Affektregulation	Zwischenmenschliches
	<ul style="list-style-type: none"> - „ich habe in dem Moment unglaublichen Hass, den ich loswerden will.“ - „weil ich scheißwütend bin und mich ungerecht behandelt fühle.“ - „Wut.“ - „es kommt so über mich.“ 	<ul style="list-style-type: none"> - „keine Ahnung, ich will den anderen dazu bringen, sich von mir zu trennen, weil ich es nicht schaffe, mich zu trennen.“

Suchen Sie manchmal körperliche Auseinandersetzung mit anderen Menschen?

Selbstkonzept	Affektregulation	Zwischenmenschliches
<ul style="list-style-type: none"> - „weil ich weiß, dass ich körperlich unterlegen bin und dann verletzt werde von dem anderen.“ - „weil ich wütend war, wenn z.B ich mich vernachlässigt gefühlt habe, bzw. gemerkt habe, dass andere viel interessanter sind als ich und Zeit mit anderen zu verbringen schöner ist als mit mir.“ 	<ul style="list-style-type: none"> - „ich brauche das, die Wut muss irgendwo hin.“ 	

Haben Sie mit häufig wechselnden Partnern Geschlechtsverkehr?

Selbstkonzept	Affektregulation	Zwischenmenschliches
<ul style="list-style-type: none"> - „ich will mir beweisen, dass ich kein Opfer von früher (Missbrauch) mehr bin und Sex aushalte.“ - „ich will mir zeigen, dass ich widerlich bin und jeder mich haben kann.“ - „um Anerkennung zu bekommen.“ - „ich bin beziehungsunfähig.“ - „um mich zu retraumatisieren.“ 	<ul style="list-style-type: none"> - „es gibt mir Kicks.“ 	<ul style="list-style-type: none"> - „um über meinen Ex-partner hinweg zu kommen.“ - „ich habe beim Sex die Kontrolle über Männer.“ - „man wird nicht abhängig von einem einzelnen Menschen.“ - „das ist ein guter Kompromiss zwischen meiner Angst vor zu viel Nähe und Einsamkeitsgefühl.“

Fahren Sie manchmal absichtlich mit überhöhter Geschwindigkeit oder allgemein riskant?

Selbstkonzept	Affektregulation	Zwischenmenschliches
<ul style="list-style-type: none">- „wissen, sein Leben sofort beenden zu können.“- „manchmal hoffe ich, dass ein Unfall passiert und ich schnell tot bin.“	<ul style="list-style-type: none">- „weil es Spannung und Angst abbaut.“- „Sucht nach dem Kick.“	<ul style="list-style-type: none">- „weil es mich wütend macht, wie unfähig andere beim Autofahren sind.“

4.1.3 Traumatische Kindheitserlebnisse

4.1.3.1 Emotionaler Missbrauch

3,1 % (N=1) der Patienten machten in ihrer Kindheit keine Erfahrung eines emotionalen Missbrauchs. 6,3% (N=2) erlebten emotionalen Missbrauch im geringem bis moderatem Ausmaß, 18,8% (N=6) im moderatem bis schwerem Ausmaß. 71,9% (N=23) erlitten besonders schweren emotionalen Missbrauch (Abb.11).

Der Mittelwert der errechneten Punkte lag bei 18,88 (Standartabweichung =4,930).

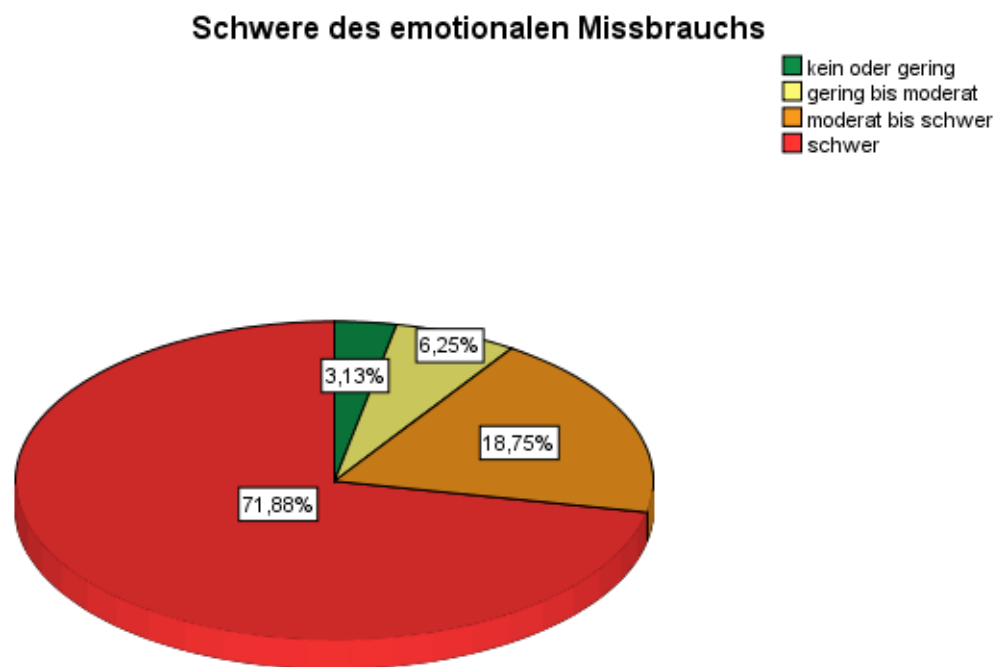


Abb. 11: Verteilung der Schwere von erlebtem emotionalen Missbrauch

4.1.3.2 Körperlicher Missbrauch

46,9% (N=15) der Patienten mussten in ihrer Kindheit keinerlei körperliche Missbrauchserfahrungen machen. 15,6% (N=5) erlebten körperlichen Missbrauch im gerin-

gem bis moderatem Maße. 6,3% (N=2) wurden im moderatem bis schwerem, 31,3% (N=10) im schwerem Ausmaß körperlich missbraucht (Abb.12).

Der Mittelwert der errechneten Punkte lag bei 10,50 (Standartabweichung =6,330).

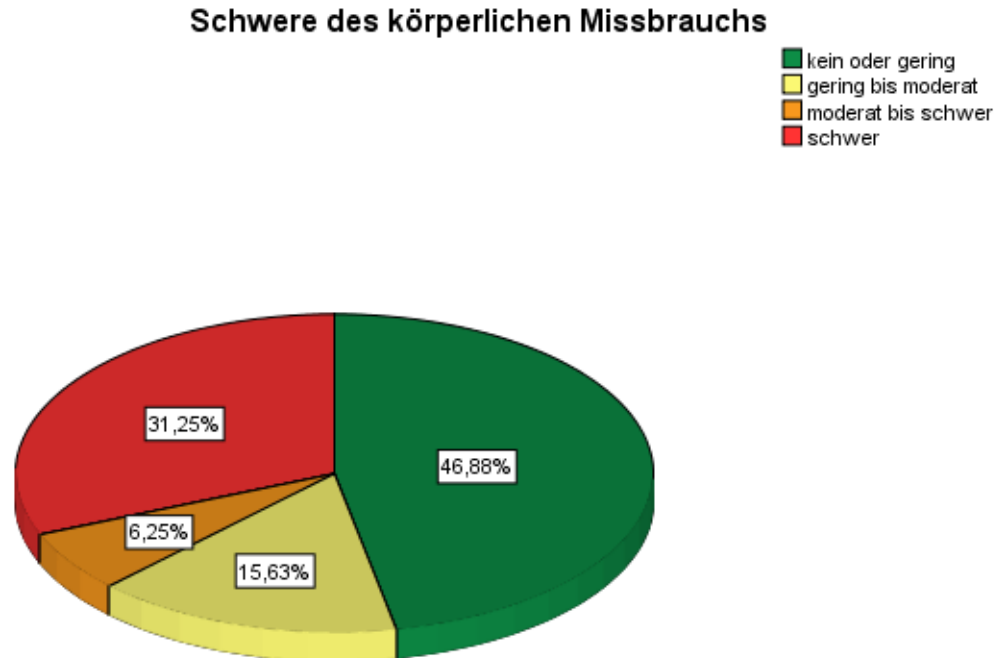


Abb. 12: Verteilung der Schwere von erlebtem körperlichen Missbrauch

4.1.3.2 Sexueller Missbrauch

37,5% (N=12) der Patienten wurden in ihrer Kindheit kein Opfer von sexuellem Missbrauch. 3,1% (N=1) erlebten geringen bis moderaten sexuellen Missbrauch. 21,9% (N=7) wurden moderat bis schwer sexuell missbraucht, 37,5% (N=12) erlitten schweren sexuellen Missbrauch in ihrer Kindheit (Abb.13).

Der Mittelwert der errechneten Punkte lag bei 11,88 (Standartabweichung =7,478).

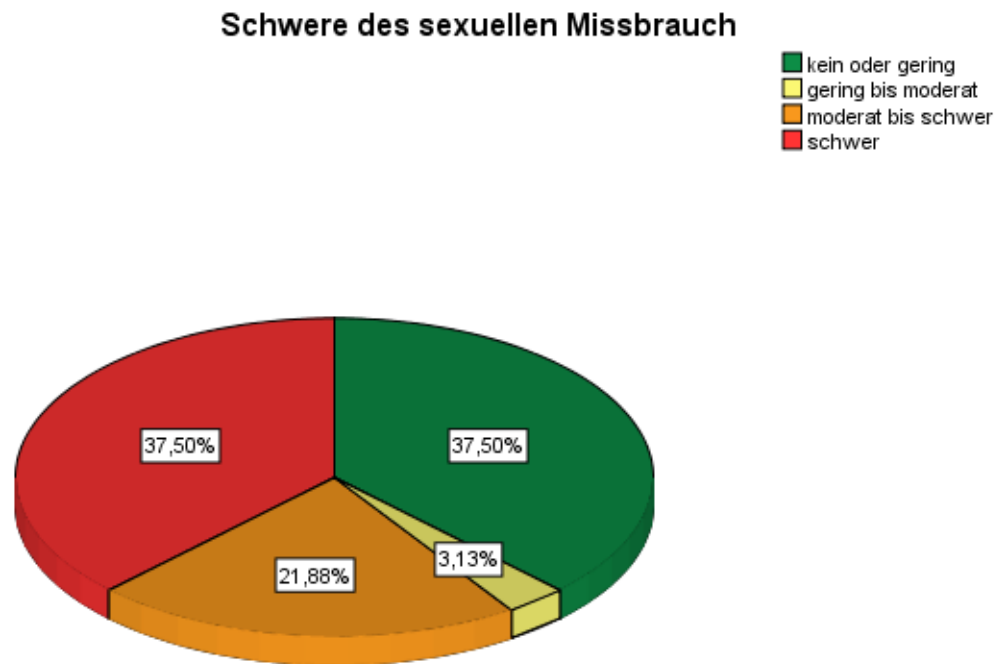


Abb. 13: Verteilung der Schwere von erlebtem sexuellen Missbrauch

4.1.3.2 Emotionale Vernachlässigung

3,1% (N=1) wurden nicht emotional vernachlässigt. Bei 18,8% (N=6) fand sich ein geringes bis moderates Ausmaß an emotionaler Vernachlässigung, bei 9,4% (N=3) ein moderates bis schweres Ausmaß. 68,8% (N=22) der Patienten wurden in ihrer Kindheit schwer emotional vernachlässigt (Abb.14).

Der Mittelwert der errechneten Punkte lag bei 18,53 (Standartabweichung =4,628).

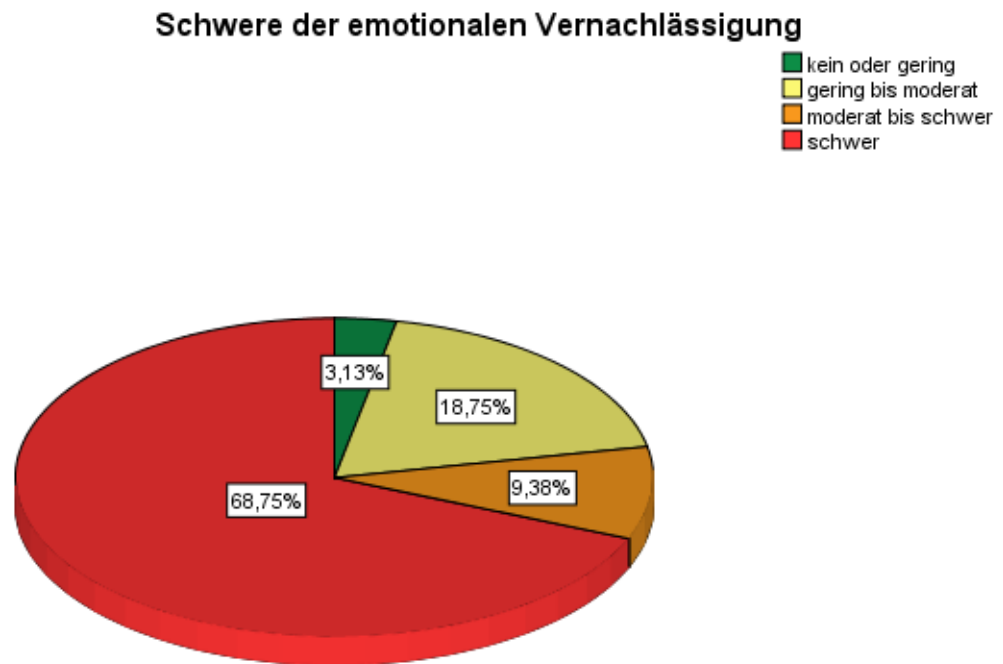


Abb. 14: Verteilung der Schwere von erlebter emotionaler Vernachlässigung

4.1.3.2 Körperliche Vernachlässigung

21,9% (N=7) erfuhren keine körperliche Vernachlässigung. 28,1% (N=9) erfuhren körperliche Vernachlässigung in geringem bis moderatem Maße. 25% (N=8) wurden moderat bis schwer körperlich vernachlässigt, ebenfalls 25% (N=8) wurden schwer körperlich vernachlässigt (Abb.15).

Der Mittelwert der errechneten Punkte lag bei 10,81 (Standartabweichung =4,246).

Schwere der körperlichen Vernachlässigung

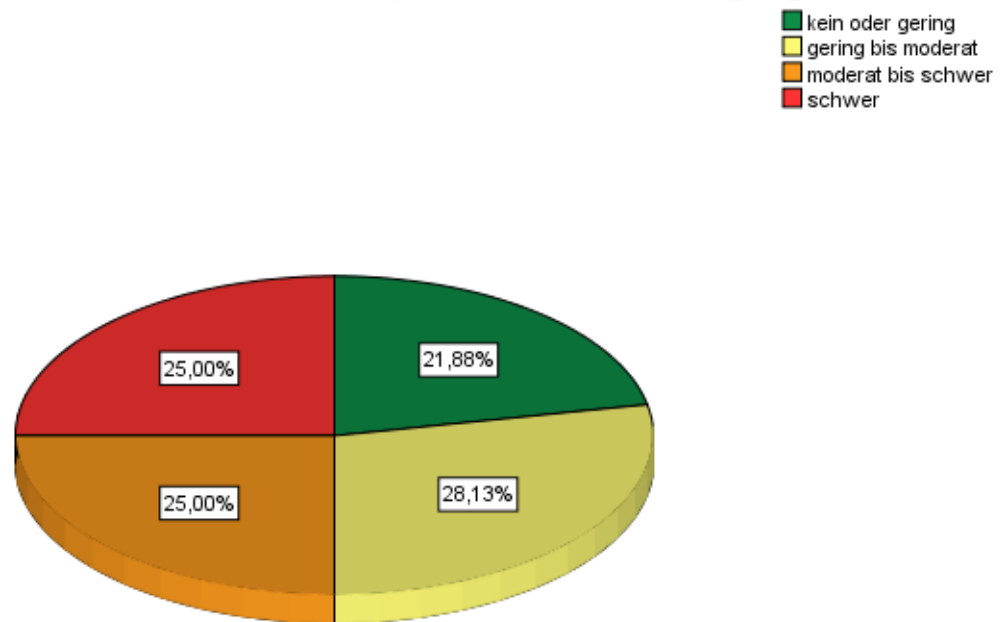


Abb. 15: Verteilung der Schwere von erlebter körperlicher Vernachlässigung

4.2 Multivariate Datenanalyse und statistische Testverfahren

4.2.1 Zusammenhang von dysfunktionalen Verhaltensweisen mit depressiver Symptomatik

4.2.1.1 Im Speziellen: passive Selbstschädigung

Das Auftreten passiver Selbstschädigung wurde im Folgenden auf einen möglichen Bezug zur depressiven Symptomatik hin untersucht.

			passive Selbstschädigung		
			gering	häufig	Überwiegend
Hamilton-Score	keine Depression	Anzahl	2	2	0
		%	50,0%	50,0%	0,0%
	mittelschwere Depression	Anzahl	1	11	1
		%	7,7%	84,6%	7,7%
	schwere Depression	Anzahl	1	10	4
		%	6,7%	66,7%	26,7%
Gesamtsumme	Anzahl	4	23	5	
		12,5%	71,9%	15,6%	

Tabl.1: Abhängigkeit passiver Selbstschädigung von der Schwere der Depression

Von den Patienten ohne depressive Symptomatik weisen 50% der Patienten nur geringes passives selbstschädigendes Verhalten auf, die anderen 50% weisen ein solches häufig auf.

In der Gruppe der Patienten mit mittelschwerer Symptomatik weisen 7,7% im geringen Maße passive Selbstschädigung auf, 84,6% der mittelschwer depressiven Patienten im häufigen und 7,7% im überwiegenden Maße.

Borderline-Patienten mit schwerer depressiver Symptomatik weisen zu 6,7% geringes passives selbstschädigendes Verhalten auf. Bei 66,7% ist dies häufig der Fall und bei 26,7% in überwiegendem Anteil.

Daraus erschließt sich, dass passive Selbstschädigung, wenn sie überwiegend auftritt, zu 80% bei schwer depressiven Patienten zu beobachten ist und zu 20% bei Patienten mit mittelschwerer Depression.

Der *Chi-Quadrat-Test nach Pearson* ergab im Vergleich zwischen dem Auftreten passiver Selbstschädigung und dem Schweregrad der Depression einen p-Wert von 0,89 ($\chi^2=8,084, df=4, p=0,89$) und somit keinen signifikanten Zusammenhang.

Die *einfaktorielle Varianzanalyse* bracht hingegen ebenfalls, wenn auch knapp, kein signifikantes Ergebnis ($p=0,051$).

Der *Korrelationskoeffizient nach Pearson* ergab hingegen einen Wert von 0,417 und ist damit auf dem Niveau von 0,05 zweiseitig signifikant. Es besteht hiernach folglich eine positive Korrelation zwischen der Schwere der Depression und der Häufigkeit von passiven Selbstschädigenden Verhalten.

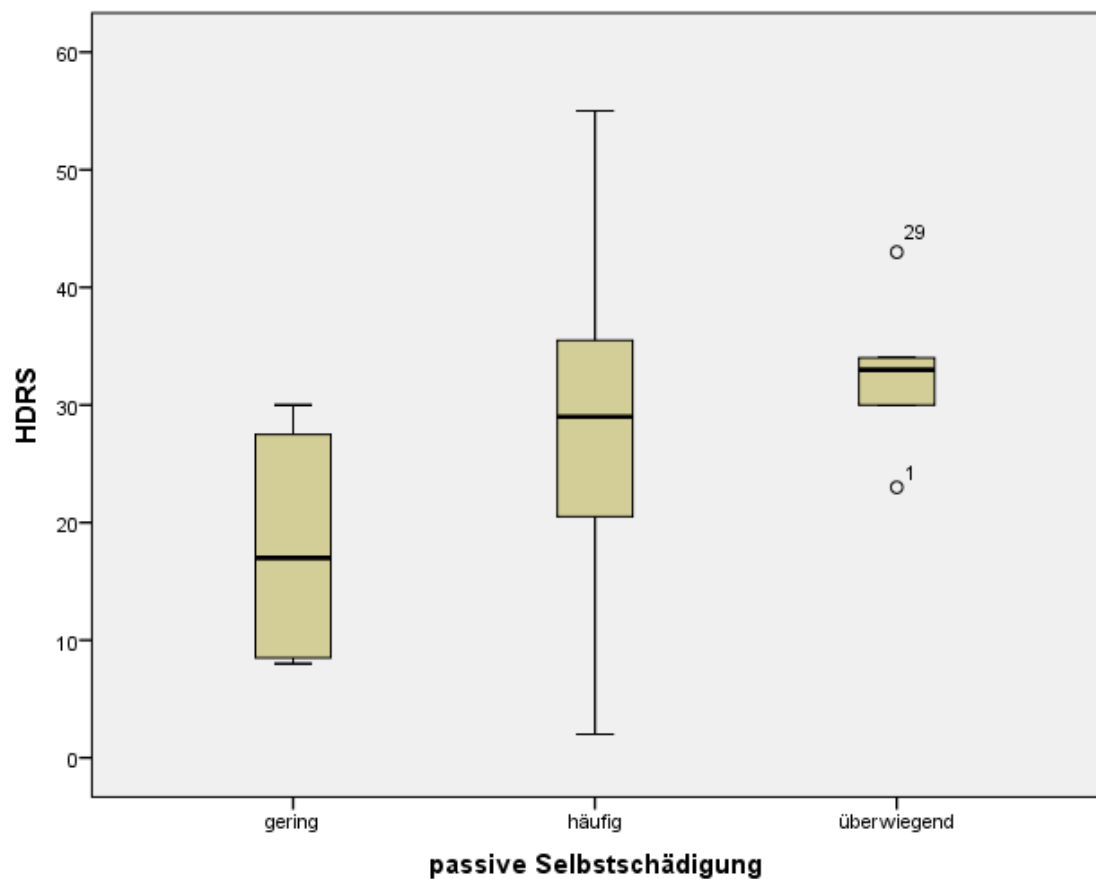


Abb.16: Diagramm der Werte des Hamilton-Score in Abhängigkeit von passiver Selbstschädigung

4.2.1.2 Im Speziellen: passive Selbstschädigung mit anderen

Das Auftreten passiver Selbstschädigung in Interaktion mit Dritten wurde im Folgenden auf einen möglichen Bezug zur depressiven Symptomatik hin untersucht.

			passive Selbstschädigung mit anderen		
			gering	häufig	Überwiegend
Hamilton-Score	keine Depression	Anzahl	3	1	0
		%	75,0%	25,0%	0,0%
	mittelschwere Depression	Anzahl	1	11	1
		%	7,7%	84,6%	7,7%
	schwere Depression	Anzahl	2	6	7
		%	13,3%	40,0%	46,7%
Gesamtsumme	Anzahl	6	18	8	
	%	18,8%	56,3%	25,0%	

Tabl.2: Abhängigkeit passiver Selbstschädigung mit anderen von der Schwere der Depression

Von den Patienten ohne depressive Symptomatik weisen 75% der Patienten nur selten passives selbstschädigendes Verhalten mit anderen auf, 25% hingegen häufig.

In der Gruppe der Patienten mit mittelschwerer Symptomatik weisen 7,7% im geringen Maße passive Selbstschädigung mit anderen auf. 84,6% der mittelschwer depressiven Patienten fallen bereits unter „häufig“ und 7,7% unter „überwiegend“.

Borderline-Patienten mit schwerer depressiver Symptomatik weisen zu 13,3% ein geringes passives selbstschädigendes Verhalten mit anderen auf. 40,0 % zeigen dieses Verhalten häufig und 46,7% überwiegend.

Zur passiven Selbstschädigung mit anderen kommt es, wenn sie überwiegend auftritt, bei 87,5% der schwer depressiven Patienten, bei 12,5% der Patienten mit mittelschwerer Depression.

Im *Chi-Quadrat-Test nach Pearson* ergab sich im Vergleich zwischen der Ausprägung passiver Selbstschädigung mit anderen und dem Schweregrad der Depression ein signifikanter p-Wert von 0,02 ($\chi^2=16,465, df=4, p=0,02$). Der *exakte Test nach Fischer* brachte ebenfalls ein signifikantes Ergebnis ($p=0,005$). Eine weitere Signifikanz ergab sich schließlich in der *einfaktoriellen Varianzanalyse* ($p=0,009$).

Der *Korrelationskoeffizient nach Pearson* ergab eine Korrelation von 0,522 und ist damit auf dem Niveau von 0,01 zweiseitig signifikant.

Es besteht demnach ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein passiver Selbstschädigung mit anderen und der Schwere der Depression.

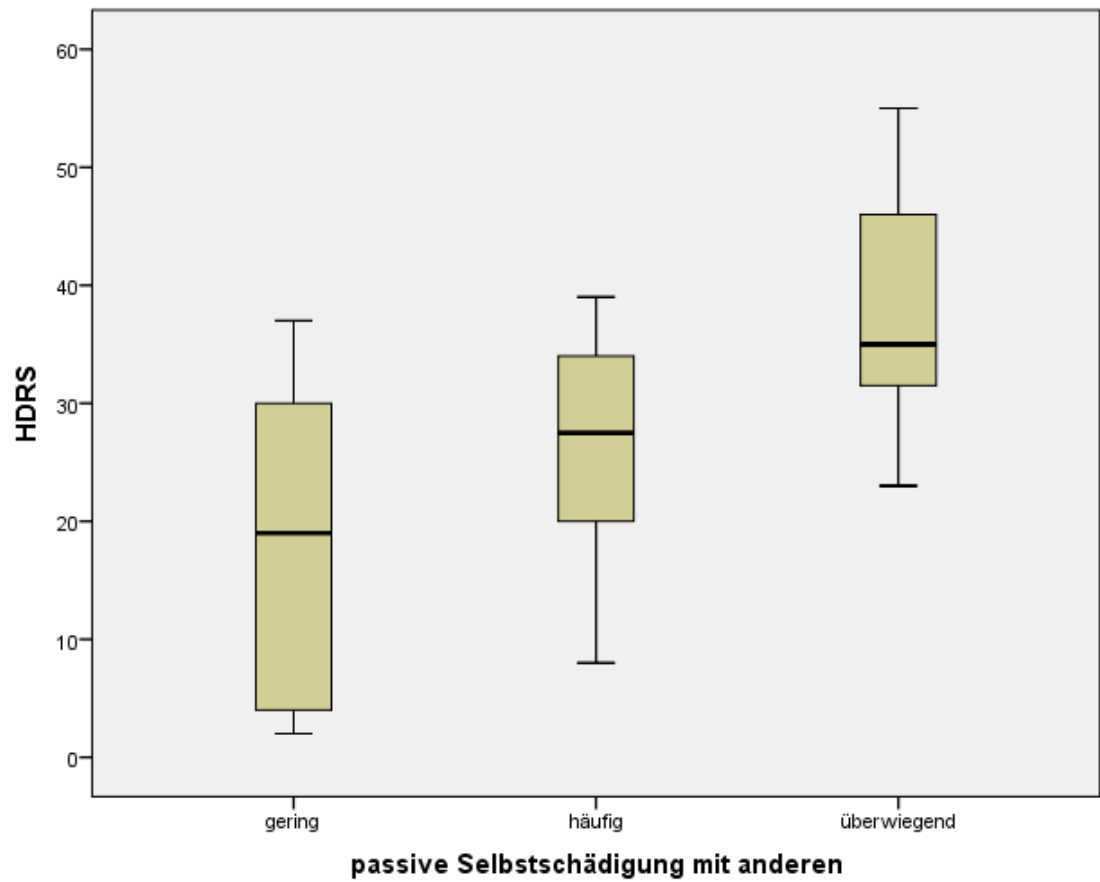


Abb.17: Diagramm der Werte des Hamilton-Score in Abhängigkeit von passiver Selbstschädigung mit anderen

4.2.1.3 Im Speziellen: aktive Selbstschädigung

Das Auftreten aktiver Selbstschädigung wurde im Folgenden auf einen möglichen Bezug zur depressiven Symptomatik hin untersucht.

			aktive Selbstschädigung		
			gering	häufig	überwiegend
HAMD Schwere	keine Depression	Anzahl	2	1	1
		%	50,0%	25,0%	25,0%
	mittelschwere Depression	Anzahl	3	10	0
		%	23,1%	76,9%	0,0%
	schwere Depression	Anzahl	3	8	4
		%	20,0%	53,3%	26,7%
Gesamtsumme	Anzahl	8	19	5	
	%	25,0%	59,4%	15,6%	

Tabl.3: Abhängigkeit aktiver Selbstschädigung von der Schwere der Depression

Die Patientengruppe ohne depressive Symptomatik weist zu 50% geringe, zu 25% häufige und zu 25% überwiegend aktive Selbstschädigung auf.

In der Gruppe der Patienten mit mittelschwerer Symptomatik weisen 23,1% im geringen Maße aktive Selbstschädigung auf, bei 76,9% der mittelschwer depressiven Patienten kommt dies bereits häufig vor.

Borderline-Patienten mit schwerer depressiver Symptomatik weisen zu 20% geringes aktives selbstschädigendes Verhalten auf. Bei 53,3 % tritt dies häufig auf und bei 26,7% überwiegend.

Aktive Selbstschädigung wird, wenn sie überwiegend auftritt, zu 80 % von schwer depressiven Patienten betrieben, zu 20 % von Patienten ohne Depression.

Im *Chi-Quadrat-Test nach Pearson* ergab sich im Vergleich zwischen der Ausprägung aktiver Selbstschädigung und dem Schweregrad der Depression ein p-Wert von 1,88 ($\chi^2=6,158, df=4, p=1,88$.) Es besteht somit kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein aktiver Selbstschädigung und der Schwere der Depression.

Die *einfaktorielle Varianzanalyse* brachte ebenfalls kein signifikantes Ergebnis ($p=0,523$).

Der *Korrelationskoeffizient nach Pearson* ergab eine Korrelation von 0,189 und ist damit nicht signifikant.

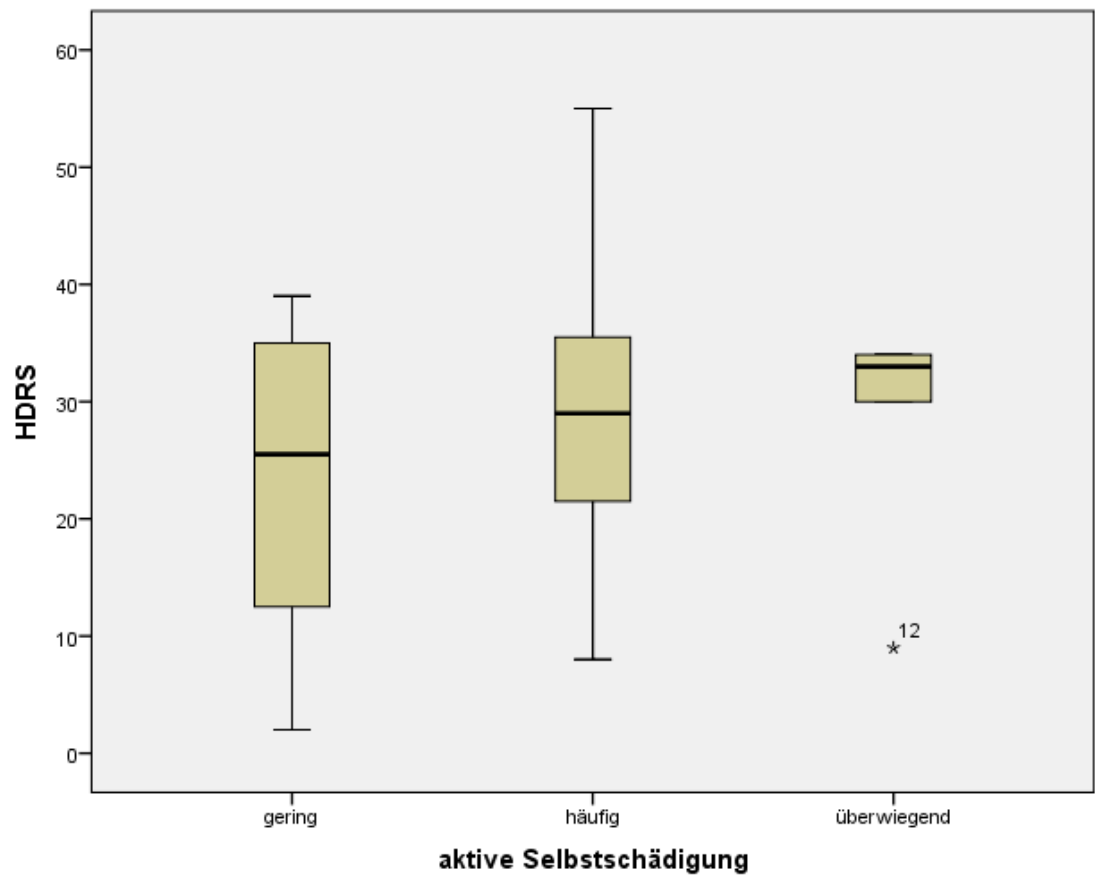


Abb.18: Diagramm der Werte des Hamilton-Score in Abhängigkeit von aktiver Selbstschädigung

4.2.1.4 Im Speziellen: aktive Selbstschädigung mit anderen

Das Auftreten aktiver Selbstschädigung in Interaktion mit Dritten wurde im Folgenden auf einen möglichen Bezug zur depressiven Symptomatik hin untersucht.

			aktive Selbstschädigung mit anderen	
			gering	häufig
HAMD Schwere	keine Depression	Anzahl	3	1
		%	75,0%	25,0%
	mittelschwere Depression	Anzahl	10	3
		%	76,9%	23,1%
	schwere Depression	Anzahl	13	2
		%	86,7%	13,3%
Gesamtsumme	Anzahl	26	6	
	%	81,3%	18,8%	

Tabl.4: Abhängigkeit aktiver Selbstschädigung mit anderen von der Schwere der Depression

Von den Patienten ohne depressive Symptomatik weisen zu 75% geringe, zu 25% häufige aktive Selbstschädigung mit anderen auf.

In der Gruppe der Patienten mit mittelschwerer Symptomatik kommt es bei 76,9% in geringem Maße zu aktiver Selbstschädigung mit anderen, bei 23,1% der mittelschwer depressiven Patienten tritt dies häufig auf.

Borderline-Patienten mit schwerer depressiver Symptomatik weisen zu 86,7% geringes aktives selbstschädigendes Verhalten mit anderen auf. Nur 13,3 % tun dies häufig.

Aktive Selbstschädigung mit anderen wird, wenn sie häufig auftritt, zu 33,3% von schwer depressiven Patienten angewendet, zu 50 % von Patienten mit mittelschwerer Depression und zu 16,7% von Patienten ohne depressive Symptomatik.

Bei keiner der drei Patientengruppen trat aktive Selbstschädigung mit anderen überwiegend auf.

Im *Chi-Quadrat-Test nach Pearson* ergab sich im Vergleich zwischen dem Vorhandensein aktiver Selbstschädigung mit anderen und dem Schweregrad der Depression ein nicht signifikanter p-Wert von 0,759 ($\chi^2=0,551, df=2, p=0,759$). Es besteht somit kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein aktiver Selbstschädigung mit anderen und der Schwere der Depression.

Die *einfaktorische Varianzanalyse* brachte ebenfalls kein signifikantes Ergebnis ($p=0,551$).

Der Korrelationskoeffizient nach Pearson ergab eine Korrelation von -0,110 und ist damit nicht signifikant.

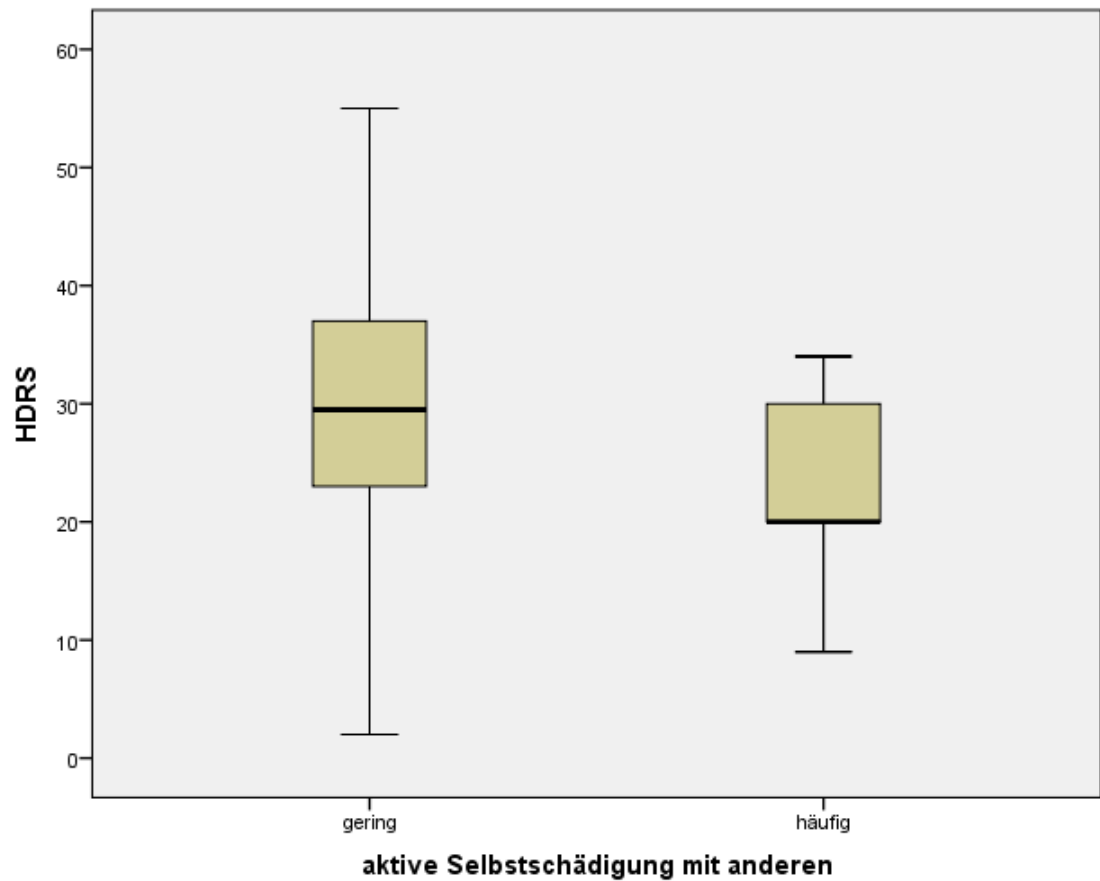


Abb.19: Diagramm der Mittelwerte des Hamilton-Score in Abhängigkeit von aktiver Selbstschädigung mit anderen

4.2.2 Zusammenhang von traumatischen Kindheitserlebnissen mit depressiver Symptomatik

4.2.2.1 Im Speziellen: emotionaler Missbrauch

Ein etwaiger Zusammenhang zwischen dem Ausmaß erlebten emotionalen Missbrauchs und der aktuellen Schwere der depressiven Symptomatik wurde untersucht.

			Schwere des emotionalen Missbrauchs			
			kein oder gering	gering bis moderat	moderat bis schwer	schwer
HAMD Schwere	keine Depression	Anzahl	0	0	1	3
		%	0,0%	0,0%	25,0%	75,0%
	mittelschwere Depression	Anzahl	0	1	1	11
		%	0,0%	7,7%	7,7%	84,6%
	schwere Depression	Anzahl	1	1	4	9
		%	6,7%	6,7%	26,7%	60,0%
Gesamtsumme	Anzahl	1	2	6	23	
	%	3,1%	6,3%	18,8%	71,9%	

Tabl.5: Schwere des emotionalen Missbrauchs in Korrelation zur aktuellen depressiven Symptomatik

Innerhalb der Patientengruppe ohne depressive Symptomatik erlebten 25% moderaten bis schweren emotionalen Missbrauch. 75% hingegen erlebten schweren emotionalen Missbrauch.

7,7% der Patienten mit einer mittelschweren Depression wurden moderat emotional missbraucht, ebenfalls 7,7% moderat bis schwer und 84,6% schwer.

In der Gruppe der Borderline-Patienten mit schwerer depressiver Symptomatik wurden 6,1% nicht oder minimal emotional missbraucht. 6,7% wurden gering bis moderat, 26,7% moderat bis schwer und 60% schwer emotional missbraucht.

Im Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab sich kein signifikanter Wert

($\chi^2=3,457, df=6, p=0,750$). Es besteht demnach kein Zusammenhang zwischen der Intensität erlebtem emotionalen Missbrauchs und aktueller depressiver Symptomatik.

4.2.2.1 Im Speziellen: körperlicher Missbrauch

Ein etwaiger Zusammenhang zwischen dem Ausmaß erlebten körperlichen Missbrauchs und der aktuellen Schwere der depressiven Symptomatik wurde untersucht.

			Schwere des körperlichen Missbrauchs			
			kein oder gering	gering bis moderat	moderat bis schwer	schwer
HAMD Schwere	keine Depression	Anzahl	1	1	0	2
		%	25,0%	25,0%	0,0%	50,0%
	mittelschwere Depression	Anzahl	7	2	1	3
		%	53,8%	15,4%	7,7%	23,1%
	schwere Depression	Anzahl	7	2	1	5
		%	46,7%	13,3%	6,7%	33,3%
Gesamtsumme	Anzahl	15	5	2	10	
	%	46,9%	15,6%	6,3%	31,3%	

Tabl.6: Schwere des körperlichen Missbrauchs in Korrelation zur aktuellen depressiven Symptomatik

In der Patientengruppe der nicht depressiven Borderline-Betroffenen machten 25% keine oder minimale und 25% geringe bis moderate Erfahrungen eines körperlichen Missbrauchs. 50% machten schwere Erfahrungen.

Mittelschwer depressive Borderline-Patienten erlebten zu 53%,8 geringen körperlichen Missbrauch, 15,4% in geringer bis moderater, 7,7% in moderater bis schwerer und 23,1% in schwerer Form.

Die Patienten mit einer schweren depressiven Symptomatik machten in 46,7% der Fälle keine oder minimale Erfahrungen eines körperlichen Missbrauchs, 13,% geringe bis moderate, 6,7% und moderate bis schwere. 33,3% erlitten schweren körperlichen Missbrauch.

Im Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab sich kein signifikanter Wert

($\chi^2=1,865, df=6, p=0,932$). Es besteht demnach kein Zusammenhang zwischen der Intensität erlebten körperlichen Missbrauchs und aktueller depressive Symptomatik.

4.2.2.1 Im Speziellen: sexueller Missbrauch

Ein etwaiger Zusammenhang zwischen dem Ausmaß erlebten sexuellen Missbrauchs und der aktuellen Schwere der depressiven Symptomatik wurde untersucht.

			Schwere des sexuellen Missbrauch			
			kein oder gering	gering bis moderat	moderat bis schwer	schwer
HAMD Schwere	keine Depression	Anzahl	0	0	1	3
		%	0,0%	0,0%	25,0%	75,0%
	mittelschwere Depression	Anzahl	6	1	2	4
		%	46,2%	7,7%	15,4%	30,8%
	schwere Depression	Anzahl	6	0	4	5
		%	40,0%	0,0%	26,7%	33,3%
Gesamtsumme	Anzahl	12	1	7	12	
	%	37,5%	3,1%	21,9%	37,5%	

Tabl.7: Schwere des sexuellen Missbrauchs in Korrelation zur aktuellen depressiven Symptomatik

25% der Borderline-Patienten ohne Depression wurden moderat bis schwer sexuell missbraucht. 75% von ihnen wurde schwer sexuell missbraucht.

In der Borderline-Gruppe mit mittelschwerer depressiver Symptomatik erfuhren 46,2% keinen oder minimalen sexuellen Missbrauch, 7,7% gering bis moderat. 15,4% der Patienten erlitten moderaten bis schweren sexuellen Missbrauch. 30,8% wurden Opfer schweren sexuellen Missbrauchs.

In der schwer depressiven Patientengruppe wurden 40,0% kein oder minimal Opfer sexuellen Missbrauchs. 26,7 wurden Opfer moderaten bis schweren sexuellen Missbrauchs. 33,5% wurden schwer sexuell missbraucht.

Im Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab sich kein signifikanter Wert

($\chi^2=5,398, df=6, p=0,494$). Es besteht demnach kein Zusammenhang zwischen der Intensität erlebten sexuellen Missbrauchs und aktueller depressiver Symptomatik.

4.2.2.1 Im Speziellen: emotionale Vernachlässigung

Ein etwaiger Zusammenhang zwischen dem Ausmaß erlebter emotionaler Vernachlässigung und der aktuellen Schwere der depressiven Symptomatik wurde untersucht.

			Schwere der emotionalen Vernachlässigung			
			kein oder minimal	gering bis moderat	moderat bis schwer	schwer
HAMD Schwere	keine Depression	Anzahl	0	1	0	3
		%	0,0%	25,0%	0,0%	75,0%
	mittelschwere De- pression	Anzahl	0	2	1	10
		%	0,0%	15,4%	7,7%	76,9%
	schwere Depressi- on	Anzahl	1	3	2	9
		%	6,7%	20,0%	13,3%	60,0%
Gesamtsumme		Anzahl	1	6	3	22
		%	3,1%	18,8%	9,4%	68,8%

Tabl.8: Schwere der emotionalen Vernachlässigung in Korrelation zur aktuellen depressiven Symptomatik

In der Patientengruppe ohne depressive Symptomatik wurden 25% gering bis moderat und 75% schwer emotional vernachlässigt.

Die Gruppe mit mittelschwerer depressiver Symptomatik wurde in 15,4% der Fälle gering bis moderat und in 7,7% moderat bis schwer emotional vernachlässigt. 76,9% wurden in schwerer Form emotional vernachlässigt.

Schwer depressive Borderline-Patienten erlebten zu 6,7% keine oder minimale emotionale Vernachlässigung. 20,0% wurden gering bis moderat und 13,3% moderat bis schwer emotional vernachlässigt. 60% erlebten schwere emotionale Vernachlässigung.

Im Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab sich kein signifikanter Wert

($\chi^2=2,289, df=6, p=0,891$). Es besteht demnach kein Zusammenhang zwischen der Intensität erlebter emotionaler Vernachlässigung und aktueller depressiver Symptomatik.

4.2.2.1 Im Speziellen: körperliche Vernachlässigung

Ein etwaiger Zusammenhang zwischen dem Ausmaß erlebter körperlicher Vernachlässigung und der aktuellen Schwere der depressiven Symptomatik wurde untersucht.

			Schwere der körperlichen Vernachlässigung			
			kein oder minimal	gering bis moderat	moderat bis schwer	schwer
HAMD Schwere	keine Depression	Anzahl	2	1	0	1
		%	50,0%	25,0%	0,0%	25,0%
	mittelschwere Depression	Anzahl	1	5	5	2
		%	7,7%	38,5%	38,5%	15,4%
	schwere Depression	Anzahl	4	3	3	5
		%	26,7%	20,0%	20,0%	33,3%
Gesamtsumme	Anzahl	7	9	8	8	
	%	21,9%	28,1%	25,0%	25,0%	

Tabl.9: Schwere der körperlichen Vernachlässigung in Korrelation zur aktuellen depressiven Symptomatik

Innerhalb der Patientengruppe ohne depressive Symptomatik erfuhren 50% keine oder geringe körperliche Vernachlässigung. 25% erfuhren geringe bis moderate und 25% schwere körperliche Vernachlässigung.

7,7% der Patienten mit einer mittelschweren Depression wurden nicht oder minimal körperlich vernachlässigt. 38,5% wurden gering bis moderat körperlich vernachlässigt, weitere 38,5% moderat bis schwer. 15,4% wurden schwer körperlich vernachlässigt.

In der Gruppe der Borderline-Patienten mit schwerer depressiven Symptomatik wurden 26,7% nicht oder minimal körperlich vernachlässigt. 20% wurden gering bis moderat, ebenfalls 20% wurden moderat bis schwer körperlich vernachlässigt. 33,3% erlitten schwere körperliche Vernachlässigung.

Im Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab sich kein signifikanter Wert

($\chi^2=6,649, df=6, p=0,355$). Es besteht demnach kein Zusammenhang zwischen der Intensität erlebter körperlicher Vernachlässigung und aktueller depressiver Symptomatik.

5 Diskussion

5.1 Methodendiskussion

Das methodologische Hauptproblem dieser Arbeit liegt in der Probengröße der Untersuchung. Obwohl durch die Gesamtprobandenzahl von 32 ein homogenes Bild an Symptomatik erreicht werden konnte, sind die Möglichkeiten, von dieser Stichprobe auf die Gesamtheit an Borderline-Patienten zu schließen, begrenzt.

Natürlich ist zu berücksichtigen, dass durch den BSL-23 sowie den Hamilton Depression Rating Scale nur eine Momentaufnahme der Borderline-Symptomatik beziehungsweise depressiven Symptomatik gewonnen werden kann. Vor allem bei Borderline-Patienten können diese im hohen Maße schwanken. Auch kann nur schwerlich berücksichtigt werden, in welchem persönlichen Stadium der Erkrankung sich der Patient befindet. Des Weiteren mag die Beantwortung der Fragen zum großen Teil den aktuellen Lebensumständen unterworfen sein.

Der Fragebogen zu dysfunktionalem Verhalten wurde eigens konzipiert und die Domänen gemäß dem Erkenntnisstand der Borderline-Störung den entsprechenden Kategorien zugeordnet. Zwar existieren bereits diverse Fragebögen zum Erfassen von dysfunktionalem Verhalten und ihrer Motivationen, wie zum Beispiel der "Fragebogen zu selbstverletzendem Verhalten (FSVV)" von Reicherzer und Brandl (2011) oder der Modified Ottawa Ulm Self-Injury Inventory (MOUSI) (Plener et al., 2013). Diese beleuchten jedoch vorwiegend Verhaltensweisen, die sich in unserem Fragebogen unter der Kategorie "aktives selbstverletzendes Verhalten" wiederfinden und überlassen es den Patienten nicht, ihre Motivationen frei zu formulieren. Unser Fragebogen versucht in diesem Punkt umfassender zu sein und Themenkomplexe zu detektieren, die auf den ersten Blick nicht ins klassische Spektrum der Borderline-Symptomatik gehören. Dennoch ist er nicht validiert und erhebt nicht den Anspruch ein klinischen Testinstrument zu sein.

Zu bedenken ist ohnehin die grundlegende Problematik von diagnostischen Fragebögen in der Psychiatrie, eine klare Trennlinie zwischen "normalem" Verhalten und dysfunktionalem Verhalten zu ziehen, gibt doch vor allem die Einstellung des jeweiligen Han-

delnden den entscheidenden Ausschlag zur Beurteilung eines Verhaltens als "gesund" oder "krank".

5.2 Ergebnis-Diskussion

5.2.1 Patientenkollektiv

Betrachtet man die Geschlechterverteilung des untersuchten Patientenkollektivs, so fällt auf, dass bei einem weiblichen Anteil von 93,8% und einem männlichen Anteil von nur 6,2% die Patientenstichprobe weitgehend der vorherrschenden Annahme über die Genderverteilung bei der Borderline-Störung entspricht, nämlich einem deutlichen Überwiegen des weiblichen Geschlechts mit 70% (Lieb et al., 2004). Dieses Entsprechen lässt sich unter Berücksichtigung der Tatsache erklären, dass die Patienten im Rahmen der Studie in einer psychiatrischen Klinik und dem ambulant therapeutischen Bereich rekrutiert worden sind, bei der Gegebenheit, dass Frauen deutlich häufiger therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen als Männer, und kann so in die Lebensrealität der Erkrankung eingeordnet werden (Leichsenring et al., 2011).

Die Altersverteilung der Patienten von durchschnittlich 30,28 Jahren entspricht den gängigen Angaben über eine Art Krankheits-Zenith im mittleren Alter (Arens et al., 2013).

Die erfassten Komorbiditäten spiegeln den breiten Fächer an möglichen Zusatzdiagnosen wider, die je nach Klinik respektive behandelndem Arzt gestellt oder als Borderline zugehörig und deshalb nicht eigenständig gewertet werden können. So hatten lediglich 28,13% unserer Patienten eine separat diagnostizierte depressive Störung, obwohl laut den Ergebnissen des Hamilton-Tests die Prävalenz einer depressiven Störung bei 87% liegt. Dieses entspricht eher den Literaturangaben zu komorbiden Depressionen von 80%-100%. Bei 9,4% lag die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung vor, was weit unter den Literaturangaben von 73,9% rangiert. Auch das kann damit erklärt werden, dass Borderline von einigen Therapeuten als Trauma-Folgestörung angesehen wird und deshalb mögliche dissoziative Symptome oder Krisen durch erinnerte Traumatazenen nicht mit einer extra Diagnose quittiert werden. Mit einem Anteil von 25% an diagnostizierten Essstörungen befinden sich unsere Patienten über dem Durchschnitt

von 14% laut Literaturangabe (Bohus, Unckel, 2004). Auch bei der Diagnose von Essstörungen liegt es überwiegend im Ermessen des Arztes, eine Essproblematik als eigenständig und ob der Schwere oder Psychodynamik von der Gesamterkrankung unabhängig zu werten oder diese ihr unterzuordnen. Bei 21,9% der Probanden ließ sich eine diagnostizierte F1-Diagnose, sprich eine psychische und/oder Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen, erheben. Diese Zahl entspricht dem unteren Bereich der Literaturangaben von 21-64% (Grant et al., 2008).

Betrachtet man nun die Geschlechterverteilung, die Altersstruktur und die Vielfalt der Komorbiditäten, kann summa summarum das für diese Arbeit ausgewählte Patientenkollektiv als kompatible Repräsentanz für Borderline-Betroffene akzeptiert werden.

5.2.2 Im Fokus: aktives dysfunktionales Verhalten

Im Mittel wurden 49,2% der abgefragten Items zu aktiver Selbstschädigung bejaht. Derartige aktive Selbstbeschädigung enthält vor allem das Spektrum an Verhaltensauffälligkeiten, die oft als Komorbidität Einzug in die Patientenakte halten, wie Suchterkrankungen (seien sie nun stoffgebunden oder stoffungebunden), Essstörungen und das scheinbar "klassische Borderlinesymptom", das Schneiden in die eigene Haut. Allerdings gaben nur 65% der Probanden an, sich selbst Verletzungen zuzufügen. Zahlen in derartiger Größenordnung wurden auch schon bei anderen Studien zum selbstverletzenden Verhalten bei Borderline-Patienten eruiert (Pompili et al., 2005). Sie zeigen die Notwendigkeit einer Relativierung der Gewichtung des Symptoms, wenn man berücksichtigt, wie oft es vorkommt, dass bei einem Menschen, der sich selbst Verletzungen zufügt, vorschnell auf eine vorliegende Borderline-Störung geschlossen wird, unbedacht der Tatsache im Bewusstsein, was für Folgen eine solche fälschlich gestellte Diagnose für den jeweiligen Betroffenen hat.

Zu einer aktiven Selbstschädigung kam es zu 61,73% aus Gründen der Affektregulation. Vor allem negative Gefühle sollten hiermit in den Griff bekommen werden. Es ist auffällig, dass Betroffene mutmaßlich mit ihrer gegenwärtigen Realität mindestens genauso unzufrieden wie überfordert sind und diese gegenwärtige Realität sehr von Vergangenen und daraus geborener Verzweiflung infiltriert zu sein scheint. Diesbezügliche Bewältigungsversuche belaufen sich bevorzugt auf zwei gegensätzliche Verfahren: *Flucht*

durch Ausblendung einer Realität oder Flucht durch Schaffung einer (anderen) Realität. Vor allem Alkohol- und Medikamentenmissbrauch vermag jene Betäubung zu bieten, die für die *Flucht durch Ausblendung einer Realität* benötigt wird. So schrieben die Patienten als Begründung „*um der Verzweiflung zu entkommen*“, „*ich wollte abschalten und alles nicht mehr mitbekommen*“ und „*ich wollte den Zustand nicht mehr aushalten. In meinem Kopf war zu viel, ich hab das nicht mehr ausgehalten*“. Ein Patient nannte sogar explizit „*Realitätsflucht*“ als Motivation für sein Verhalten.

Alkohol- und Medikamentenmissbrauch können ebenfalls für die *Flucht durch Schaffung einer (anderen) Realität* betrieben werden, allerdings fungieren vornehmlich Drogen als Eintrittskarte für diese Realität. Der Wunsch hiernach wurde von Patienten folgendermaßen formuliert: „*um mich leichter zu fühlen*“, „*Rauschzustände erreichen, damit es mir gutgeht*“. Auch im zwischenmenschlichen Bereich, der zu 3,09% der Ausgangspunkt von selbstschädigenden Verhalten ist, soll mit Hilfe von Rauschmitteln eine neue Realität geschaffen werden: „*um in Gesellschaft offener und lustiger zu sein*“, „*um besser mit Gesellschaft umgehen zu können*“.

Extrapoliert man das Konzept der Realitätsflucht, so erkennt man, dass auch übermäßiges Essen hierfür Vorschub zu leisten vermag. Auf die Frage hin, wieso es zu Essanfällen kam oder Patienten sich überessen haben, schrieben sie: „*konnte damit die Einsamkeit vertreiben*“, „*Essen gab mir das Gefühl von Harmonie und Trost*“ oder schlichtweg: „*Betäubung*“.

Eine große Rolle für die Affektregulation spielt das Verletzen der Haut, das sogenannte "Schneiden", das man klassischerweise unter *selbstverletzendem Verhalten* versteht. Geschah dies aus Gründen der Affektregulation, so schienen die Patienten auf einen akuten Leidensdruck zu reagieren, den sie in der Begründung nicht genauer zu konkretisieren wissen und in ihren Formulierungen recht schwammig halten: „*wegen dem starken Drang*“, „*Druckabbau*“, „*weil es mir so schlecht ging*“. Der Definitionsunschärfe der Begriffe "Druck" und "Drang" zum Trotz, hat sich für ebensolche Zustände im Rahmen der DBT der therapierelevante Terminus der "inneren Anspannung" etabliert, welche durch Spannungsbögen und Skillketten bewältigbar gemacht werden soll (Linehan, 2006). Selbst wenn diese Methoden dazu führen, dass Anspannung verringert und Eigenverletzungen seltener beigebracht werden, so fallen dennoch viele Selbstverletzungen durch ihr Raster: nämlich diejenigen, die aus Gründen des Selbstkonzepts geschehen.

Immerhin liegt der prozentuale Anteil an aktiver Selbstschädigung, die aus Gründen des Selbstkonzepts geschahen, bei 35,19%. Beim Schneiden waren dies insbesondere Selbsthass oder Bestrafung. Angesichts der Tatsache, dass Selbstverletzungen repetitiv begangen werden, scheint es, dass die Patienten die Last einer Schuld auf sich spüren, die immer wieder gesühnt werden muss und trotzdem nie verziehen wird. Auch bei Alkohol- und Medikamentenmissbrauch, gestörtem Essverhalten oder anderen aktiv durchgeführten dysfunktionalen Verhaltensweisen sind Hass und der Wunsch nach Eigenbestrafung treibende Kräfte. Seien es nun grundsätzliche Schuldgefühle oder ein aktueller Anlass, wie Streit oder Disharmonie in Beziehungen: Die Patienten geben sich selbst die Schuld, und das mit einer Konsequenz und Heftigkeit, die vermuten lässt, dass der Ursprung dieser Drastik tief im Inneren der Patienten zu verorten ist. Hier sei der Begriff des "sekundären emotionalen Netzes" genannt, welches Gefühle und Erleben beschreibt, die aus der Vergangenheit herrühren und bei einer Fehlregulation im Umgang mit als schwierig empfundenen Situationen das gegenwärtige Handeln bestimmen (Bohus, Wolf, 2008). Borderline-Betroffene scheinen häufig in diesem emotionalen Netz gefangen und legen über die Gegenwart stets die Schablone ihrer verhängnisvollen Vergangenheit, ohne sich dessen bewusst zu sein. Für früher erlittene Traumata geben sich Betroffene oftmals selbst die Schuld (Zanarini et al., 1997). Nicht selten findet sich in elementaren Beziehungen ein invalidierendes Gegenüber, in der Regel ein geliebter Mensch aus dem nahen Umfeld, zu dem eine erhebliche emotionale Abhängigkeit besteht, was eine Distanzierung zu missbräuchlichen Handlungen erschwert oder sogar verunmöglicht. Eine Abwertung jenes Gegenüber misslingt – stattdessen werden sämtliche destruktive Anteile von ihm abgespalten und auf sich selbst verlagert, um sie dort zu bekämpfen. Die Grenzen zwischen Opfer und Täter, Schuldigen und Unschuldigen verschwimmen, und als einzige Orientierung bleibt die Konsequenz einer vehementen Selbstzerstörung.

Dass die Patienten sich dennoch weiterhin in der Rolle des handlungsunfähigen Opfers ihres verinnerlichten Täters wiederfinden, wird durch den präzisen Begriff *apparent*, der im Übermaß als Begründung für aktive Selbstschädigung genannt wird: "*Kontrollverlust*".

5.2.3 Im Fokus: aktives dysfunktionales Verhalten mit anderen

Mit nur 21% bejahten der gestellten Items im Mittelwert ist dieses Verhalten bei den Probanden nur spärlich ausgeprägt. Die Items fragten provozierte körperliche Auseinandersetzungen, promiskuitives Verhalten und riskantes Gebaren im Straßenverkehr ab, sprich Verhaltensweisen, die andere Menschen mit einbeziehen. Zu 55,17% wurde dieses Verhalten aus Gründen der Affektregulation gezeigt, wobei zunächst auf die mehrfach genannte Wut („*ich brauche das, die Wut muss irgendwo hin*“, „*weil ich scheißwütend bin und mich ungerecht behandelt fühle*“, „*ich habe in dem Moment unglaublichen Hass, den ich loswerden will.*“) eingegangen werden soll. Da dieses Verhalten insgesamt selten vorkommt, kann man nach außen gerichtete emotionale Entgleisungen oder Tötlichkeiten gegenüber Dritten als eine Art Folge von überbordender nach innen gerichteter Wut interpretieren. Gewissermaßen gelingt es hier dem sonst vermeintlich handlungsunfähigen autoaggressiven Bindungstraumatisierten, sein Täterintjekt auf ein Gegenüber zu projizieren und die Wut an diesen zu adressieren. Da allerdings die Angst vor Objektverlust als zentrales Leitmotiv über dem Denken und Handeln des Borderline-Patienten steht, lassen Scham und wiederkehrende Eigenvorwürfe nicht lange auf sich warten und ziehen erneute Selbstabwertungen mit Selbstverletzungen nach sich.

Hinsichtlich der Affektregulation spielt auch oft das "Gefühl der Gefühllosigkeit" eine Rolle. Patienten haben Schwierigkeiten, ihre eigenen Emotionen wahrzunehmen, empfinden sich beizeiten sogar als "tot" und versuchen durch starke äußere Reize ein Gefühl der Lebendigkeit, sei es nun ein negatives oder positives, zu erzeugen (Wupperman, 2013, Baer et al., 2004, Fossati et al., 2011). So wird vor allem risikobehaftetes Verhalten wie übertriebene Promiskuität oder rücksichtsloses Autofahren von unseren Probanden mit „*Sucht nach dem Kick*“ und „*um das Gefühl zu haben, am Leben zu sein und am Leben teilzunehmen*“ begründet.

Lag das Vorkommen von aktivem selbstschädigenden Verhalten mit anderen im Selbstkonzept begründet, was zu 27,59% der Fall war, so dominierte hier wieder die Selbstabwertung. Allerdings wurde diese nicht von den Betroffenen selbst vorgenommen, sondern sie überließen es direkt oder indirekt Dritten. So wurden körperliche Auseinandersetzungen gesucht in dem Wissen, dass man Schaden nimmt: „*Ich weiß dass ich körperlich unterlegen bin und dann verletzt werde von dem anderen*“. Sexualität wurde

mit der Intention gelebt, sich ein schlechtes Gefühl zu bereiten „*ich will mir zeigen, dass ich widerlich bin und jeder mich haben kann*“, „*ich wollte mich retraumatisieren.*“

Auch die Gründe aus dem zwischenmenschlichen Bereich, die 17,24% ausmachten, drehten sich hauptsächlich indirekt um Bewältigungsversuche des eigenen empfundenen Unwerts und der Unfähigkeit, Nähe zu regulieren.

Scheint dieses Verhalten auch aktiv ausgeführt zu sein und offensives Betragen die so oft ersehnte Kontrolle und Handlungshoheit zu suggerieren, so wird hier abermals die Passivität einer Opferhaltung deutlich. In Interaktion mit Dritten bleiben die Betroffenen stets die Duldenden, die von dem Handeln und Urteil anderer Abhängigen, die Reagierenden, niemals frei Agierenden.

5.2.4 Im Fokus: passives dysfunktionales Verhalten

Im Durchschnitt wurden 51,9% der gestellten Items zur passiven Selbstschädigung von den Patienten bejaht.

Items zur passiven Selbstschädigung beinhalteten Vernachlässigung von alltäglichen Notwendigkeiten, Isolierung von der Außenwelt, aber auch Verweigerung von erlernten therapeutischen Strategien.

Geschah dies aus affektregulierenden Motiven, was in 22,28% der Fälle zutraf, so wurden hier Ausprägung und Auswirkung einer Depressivität besonders eindrücklich. Die Begründungen für das jeweilige Verhalten könnten durchaus von depressiven Patienten ohne zusätzliche Borderline-Störung formuliert worden sein, beschreiben sie doch das Gefühlsleben derselben par excellence. So äußerten unsere Probanden auf die Frage, warum sie bestimmten Alltagsroutinen wie Körperpflege, Ernährung und Haushalt nicht ausreichend nachkamen, unter anderem: „*es war eine Qual für mich, alles war sinnlos, ich war zu starr*“, „*innere Leere*“ oder „*ich war zu traurig dazu*“. 10 Patienten gaben beim Thema Vernachlässigung von Ruhephasen Schlafstörungen an, einem typischen Begleit leiden von depressiven Patienten (American Psychiatric Association, 2000). (Allerdings wurde, sofern Schlafstörungen als Grund für Schlafvernachlässigung angege-

ben wurden, das Item nicht gewertet, da in diesem Fall das Verhalten gemäß dem Verständnis dysfunktionalen Verhaltens nicht als solches gewertet werden kann).

Für das Auftreten von Alltagsschwierigkeiten wurden besonders häufig Begründungen genannt, die als eine Form der Überforderung verstanden werden können. *„es war mir zu anstrengend“, „ich habe es einfach kräftemäßig nicht geschafft“, „keine Kraft, es war zu anstrengend“*. Dies steht im krassen Gegensatz zu den hohen Eigenanforderungen, die Betroffene an sich selbst stellen und auf Grund derer für die Gesundheit essenzielle Dinge, wie Schlafen oder Essen vernachlässigt wurden: *„damit ich das schaffe, was ich mir vorgenommen hatte“ „ich hatte Wichtigeres zu tun“ „um für die Schule zu lernen“*. Es ist einleuchtend, dass unter einem derartigen inneren Leistungsdruck bei gleichzeitiger Vernachlässigung fundamentaler Bedürfnisse die Überforderung mit anschließender Selbstabwertung ob scheinbaren Versagens vorprogrammiert ist. Eine Patientin bringt die Crux dieser Lebensführung anschaulich auf den Punkt: *„Ich hab mir zu viel vorgenommen und deshalb nichts davon gemacht. Ich Versagerin.“*

Die typische Borderline-Selbstabwertung bildet auch den Kern der Motive für passive Selbstschädigung aus dem Feld des Selbstkonzepts, welches mit 66,30% den größten Teil ausmacht. Patienten begründeten die Vernachlässigung eigener Bedürfnisse z.B. mit *„zu wenig Selbstwert“, „weil ich nur, wenn ich geschwächt bin, ein Recht darauf habe, hier zu sein“, „ich fühlte mich dumm und wertlos“*. Diese verhängnisvolle Indifferenz sich selbst gegenüber wird durch folgende Äußerung einer Patientin deutlich: *„wieso auch“*.

Oftmals hat es den Anschein, als würden Patienten ein schlechtes Befinden nicht nur indirekt in Kauf nehmen, da sie es ja sowieso nicht anders verdient hätten, sondern vielmehr absichtlich provozieren und alles dafür tun, um sich letztendlich noch schlechter zu fühlen, sei es eben durch Vernachlässigung der menschlichen Bedürfnisse oder Aufsuchen von Situationen mit sogenanntem Triggerpotential: *„Ich wollte mich bestrafen und damit es mir am nächsten Tag schlecht geht“, „ich wollte, dass es mir schlecht geht und mich so richtig fallen lassen in meinem Sumpf“, „ich wollte mich zum Ritzen anstacheln“*. Besondere Beachtung sollen hier Formulierungen erfahren, mit denen Patienten das Nicht-Greifen oder gar Nicht-Anwenden von therapeutischen Konzepten begründen: *„Kein Skill ersetzt die Erlösung durch eine Rasierklinge“, „Selbstverletzung ist effektiver, ich wollte die Narben und den Schmerz“, „ich habe es irgendwie*

genossen, dass es mir schlecht ging“, „leiden kann ich wenigstens“, oder schlicht: „ich wollte nicht“.

Die Begründungen aus dem Feld des Zwischenmenschlichen, welches 11,41% ausmacht, zeigen abermals die Tendenz der Borderline-Patienten, sich anderen gegenüber in gewisser Weise unterlegen zu fühlen. So wurde Gesellschaft zu anderen vermieden oder Isolation gesucht aus folgenden Gründen: *„Ich hatte Angst, anderen zur Last zu fallen“, „ich hatte Angst, abgelehnt zu werden“*. Gleichzeitig besteht durchaus das Bedürfnis nach Nähe und Mitteilung, diese wird allerdings ausschließlich in den virtuellen Welten des Internets gesucht, also da, wo eine Begegnung mit Dritten indirekt und leicht kontrollierbar ist: *„Ich wollte mich nicht so einsam fühlen“, „da kann ich mit Leuten kommunizieren, ohne sie treffen zu müssen“, „Gleichgesinnte finden“*.

Es scheint so, als ginge die Angst vor Ablehnung Hand in Hand mit der Angst vor Absorption und kollidiere mit dem Wunsch nach Nähe und Angenommenwerden. Was bleibt ist ein auswegloser Kampf zwischen der Hoffnung auf und gleichzeitig der Angst vor Erfüllung eben dieses Wunsches. Ruft man sich in Erinnerung, dass diese Zerrissenheit als Angelpunkt von Bindungstraumata fungiert, entpuppt sich diese auf den ersten Blick widersinnige Kontradiktion als logische Konsequenz.

5.2.5 Im Fokus: passives dysfunktionales Verhalten mit anderen

Im Mittelwert bejahten die Probanden 58,3% der abgefragten Items zur passiven Selbstschädigung mit anderen.

Die Gründe aus dem Bereich der Affektregulation spielen mit einem Anteil von 4,27% nur eine marginale Rolle, während die Gründe aus dem Bereich des Selbstkonzepts mit 51,28% einen großen Anteil ausmachen. Wie auch schon bei der passiven Selbstschädigung ist eine Dichotomie zwischen Überforderung und hohen Ansprüchen an sich selbst feststellbar. So werden Kontaktforderungen aus folgenden Gründen vermieden: *„Fühlte mich dem nicht gewachsen und es war mir zu viel.“, „ich war überfordert und wollte nicht immer funktionieren müssen für den anderen“, „so wie ich bin, würde ich alle verschrecken, also spiele ich meistens die Lustige. Aber irgendwann geht mir die Kraft aus, und dann kann und will ich einfach nicht mehr der Clown für andere sein.“*

Gleichzeitig besteht die Forderung an sich selbst, stark zu sein und unabhängig von anderen. Hilfsangebote wurden demnach häufig abgelehnt: *„Ich muss es alleine schaffen, ich darf nicht um Hilfe bitten. Das ist ein Zeichen von Schwäche“*, *„ich wollte mir nicht eingestehen, dass ich Hilfe brauche“*, *„ich brauche keine Hilfe“*.

Deutlich wird auch, wie unterlegen und minderwertig sich Patienten im Konflikt mit anderen wahrnehmen und deswegen nicht ihre Grenzen oder Standpunkte verteidigen: *„Ich fühlte mich schwach und unfähig“*, *„ich sah keinen Grund mich zu verteidigen und fühlte mich schlecht“*, *„ich bin mir in solchen Situationen nicht sicher, ob ich nicht doch im Unrecht bin“*, *„ich habe es nicht anders verdient, das Verhalten anderer passt zu mir“*, *„ich bin sowieso machtlos“* Diese Formulierungen erinnern an das aus Bindungstraumata resultierende Gefühl der Handlungsunfähigkeit, dessen Schwere nur dadurch abgemildert und eine gewisse Handlungshohheit zurückgewonnen werden kann, indem man bei sich selbst die Verantwortung für das Erlittene sucht und die Schuld des Verursachers auf sich selbst überträgt. Diese Form der Schaden bringenden Bindung zwischen einem einst Abhängigen und seiner Bezugsperson wird in einen Beziehungsstil transformiert, der in der Gegenwart immer von neuem gelebt wird und scheinbar nicht durchbrochen werden kann. *„Es erschien mir nicht möglich, den Kontakt abubrechen, weil es mir emotional irgendwas gegeben hat, auch wenn es selbstzerstörerisch für mich war“*.

Eben diese Misere spielt auch in den Begründungen aus dem Feld der zwischenmenschlichen Interaktion, welches bei passiver Selbstschädigung mit Dritten 44,44% ausmacht, eine bedeutende Rolle. Drei Leitmotive lassen sich erkennen. Einerseits, die Angst vor Nähe, die untrennbar mit der Entwicklung einer Abhängigkeit von der nahestehenden Person einhergeht: *„Ich hatte Angst vor dem Kontakt und der Nähe zu anderen“*, *„ich hatte Angst, wieder abhängig von jemandem zu werden“*, *„ich hatte Angst, dass mich letztendlich doch nur wieder jemand für seine Zwecke missbraucht, wenn ich mich anvertraue.“* Weiter die Angst vor Ablehnung und Verlusts des Gegenübers bei bereits bestehender Abhängigkeit, *„ich hatte Angst, abgelehnt zu werden“*, *„weil ohne diese Person mein Leben leer ist“*, *„ich habe diese Person geliebt und war abhängig, ich hätte alles für ihn getan, eben auch leiden“*. Und zuletzt die gewöhnliche Notwendigkeit, es dem Gegenüber um jeden Preis Recht machen zu müssen, sei es unter Aufgabe eigener Bedürfnisse und des Selbstwerts. So wurde erfahrenes Unrecht erlitten und schadenbringende Kontakte aufrecht erhalten aus folgenden Gründen: *„Ich wollte den an-*

deren nicht verletzen“, „damit der andere sich gut fühlt“, „damit es dem anderen nicht schlecht ging“.

Dass all diese Opferbereitschaft und Selbstaufgabe größtenteils aus frühen dysfunktionalen Bindungen herrühren, formulieren zwei höher reflektierte Patienten treffend: *„Meine Eltern haben mir immer vermittelt: egal was ist, ich bin eh im Unrecht und soll dankbar sein für jeden, der sich mit mir Pack abgibt“. „Weil es meine Familie war und sie mir trotz allem was sie mir angetan haben, sehr wichtig sind“.*

Die frühen Bindungen mögen äußerlich gelöst und die Kinder erwachsen sein – emotional sind sie es nicht, nach wie vor sind sie im Muster einer destruktiv abhängigen und gleichsam überlebensnotwendigen Bindung verhaftet. Aus der frühkindlichen Angst heraus, ohne eine solche Bindung ins Nichts zu stürzen, werden die Beziehungen von heute nach ihrem Vorbild unbewusst gestaltet und unter größtem Leid ertragen – das kleinere Übel angesichts der großen Leere, die ein Borderline-Patient so fürchtet.

5.2.6 Die Rolle von traumatischen Kindheitserfahrungen

Vor allem emotionaler Missbrauch und emotionale Vernachlässigung spielten in der Kindheit der Patienten eine große Rolle. 18,75% der Patienten wurden moderat bis schwer, 71,88% auf schwerste Weise emotional missbraucht. 68,75% wurden Opfer schwerer emotionaler Vernachlässigung. Diese Dimension entspricht denen der Literaturangaben von 75% (Zanarini et al., 1997) und ist eine hinzureichende Erklärung für Selbstabwertung, Unterwürfigkeit und der Unfähigkeit, eigene Grenzen zu setzen und zu verteidigen – denn dieses sind zentrale Resultate von erlittenem emotionalem Missbrauch. (Crawford et al., 2009, Bezirgianian et al., 1993).

Auch körperlicher Missbrauch, den 31,25% schwer erfuhren, beschädigt die seelische Integrität des Kindes, nämlich indem er die physische verletzt. Körperlicher Gewalt sind vor allem jene ausgesetzt, die sich gesundermaßen gegen emotionale Übergriffe zur Wehr setzen oder ihre Bedürfnisse wider den Willen des Täters durchzusetzen versuchen. Dennoch wird auch diesen Kindern das innere Selbstverständnis, dass es sowohl richtig als auch wichtig ist, Grenzen zu setzen, im Keim erstickt und die Angst vor neuer Gewalt gesät.

Dass die Unfähigkeit, Grenzen zu setzen und zu verteidigen, den Weg für weitere Arten von Missbrauch ebnet, erscheint zwingend. Eine derartige Missbrauchsform wäre der sexuelle Missbrauch, den 62,5% der Patienten in ihrer Kindheit erleiden mussten, davon 35,50% in schwerer Form. Auch hier stimmen die Ergebnisse mit denen der Literatur von 47,5 bis 100% überein (Zanarini et al., 1997). Die Konsequenzen dieses Missbrauchs hinterlassen zudem erhebliche Spuren in der Sexualität der Betroffenen. Anhand des Fragebogens ergab sich, dass 14 Patienten jegliche Sexualität vermeiden, 10 von diesen nannten explizit frühere sexuelle Missbrauchserfahrungen als Grund. Auch promiskues Sexualverhalten wurde als Bewältigungsversuch früherer sexueller Traumatisierungen erklärt. Als einzige Reaktion auf extremes Erlebtes bleibt den Betroffenen extremes Verhalten. Dieser Leitgedanke ist auf die ganze Borderline-Symptomatik anwendbar.

Keines der Testverfahren zur Überprüfung eines Zusammenhangs zwischen Form des Missbrauchs und dem Schweregrad der Depressivität brachte ein signifikantes Ergebnis hervor. Daraus lässt sich schließen, dass nicht so sehr die Art und Weise der traumatischen Erfahrung, sei sie nun körperlich, emotional oder sexuell, eine Rolle spielt, sondern die Tatsache, wann und auf welcher Beziehungsebene dieses Trauma erlitten wurde. Denn die nahestehendsten Menschen in einem jungen Leben haben den größten Einfluss auf seine weitere Entwicklung. So ist emotionalem, körperlichem und sexuellem Missbrauch eines gemein: Es "ist ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen den bedrohlichen Situationsfaktoren und den Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilf- und Schutzlosigkeit einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt" (Fischer und Riedessers, 1999).

5.2.7 Die Rolle von Depressivität

87,5% der Probanden erfüllten die Kriterien für eine depressive Störung, 46,88% der Probanden sogar für eine schwere Depression. Dieses Ergebnis lässt sich abermals gut in den Stand der Forschung zur Prävalenz einer depressiven Störung bei Borderline einordnen, (Zanarini et al., 1998).

Der Grad von Depressivität beeinflusst nicht die Häufigkeit von aktiven dysfunktionalen Verhaltensweisen, das ergab das statistische Testverfahren. Da aber deutlich wurde,

dass aktive Selbstschädigung vornehmlich der Affektregulation und dem Ausleben des Selbsthasses dient, ist dieses verständlicherweise unabhängig von einer auftretenden Depression und scheint immer vorhanden. Geht man davon aus, dass Depressivität aus dem Gefühl des Mangels entsteht und gleichzeitig diesen erlebbar macht, wenn auch in einem untragbaren Gefühl der Handlungsunfähigkeit und Starre, so kann aktive Selbstschädigung als Versuch gewertet werden, dieser Starre und Handlungsunfähigkeit zu entkommen und sich gegen den erlebten Mangel zur Wehr zu setzen. Dass diese dysfunktionalen Verhaltensweisen lediglich eine weitere Ausführung der einst in der Kindheit erlebten Handlungsunfähigkeit ist, wird dem Patienten meist nicht bewusst.

Im Kontrast dazu stehen dysfunktionale Verhaltensweisen, die sich durch Passivität auszeichnen. Hier wurde deutlich, dass diese desto häufiger eine Rolle spielen, je depressiver der Betroffene ist. Bei der Überprüfung eines Zusammenhangs zwischen passiver Selbstschädigung mit anderen und Schwere der Depression ergab sich im *Chi-Quadrat-Test* ein p-Wert von 0,02, der *exakte Test nach Fischer* brachte einen p-Wert von 0,005 und die *einfaktorielle Varianzanalyse* einen p-Wert von 0,002. Sie sind somit alle drei signifikant.

Der *Korrelationskoeffizient nach Pearson* ergab eine Korrelation von 0,522 und ist damit auf dem Niveau von 0,01 zweiseitig signifikant. Hinsichtlich passiver Selbstschädigung allein ergab sich laut *Korrelationskoeffizient nach Pearson* auf dem Niveau von 0,05 ein zweiseitig signifikanter Wert von 0,417.

Im Fall des passiven dysfunktionalen Verhaltens werden Mangel und Handlungsunfähigkeit gelebt. Nach wie vor besteht der kindliche Wunsch nach Zuwendung, Nähe und Fürsorge, welcher erfahrungsgemäß nie oder nur zum Preis von Grenzüberschreitungen und Selbstverleugnung erfüllt werden konnte. Dieses Nicht-Erfüllen und die Vergeblichkeit aller Liebe zum Täter kann als die Leere gedeutet werden, von der Borderline-Betroffene so oft sprechen, die sie aber nicht zu konkretisieren vermögen, da sie aus einer Zeit herrührt, indem ein Mensch der reflektierten Verbalisierung noch nicht mächtig ist – aus der Zeit der frühen Kindheit.

Anstelle dieser unaushaltbaren Leere wird nun die Depression als Dauerzustand gesetzt, in dem sich all die vergeblichen Wünsche und auch die ersehnte Nähe zum Täter vereinen. Kristeva (1987/2007) hat das Dilemma der Patienten, die eine frühe, nicht symbolisierbare Verletzung erlitten haben, dessen Residuum ein Gefühl des Mangels und der Leere bildet, treffend beschrieben: "Die Schwermut ist in Wirklichkeit das einzige Ob-

jekt, genauer: sie ist Ersatzobjekt, an das er (der Patient) sich bindet, das er, mangels eines anderen, hegt und pflegt. In diesem Fall stellt der Selbstmord keinen verschleierte Kriegsakt dar, vielmehr die Vereinigung mit der Schwermut und, über sie hinaus, mit jener unmöglichen, niemals berührten Liebe, die gleich den Versprechen des Nichts, des Todes, immer anderswo ist." (S. 20) (Rohde-Dachser, 2010)

5.3 Ausblick

Sowohl die DBT als auch die Schematherapie, die MBT und die TFP bieten als störungsorientierte Therapien probate Ansätze, die Borderline-Störung zu behandeln (Bohus et al., 2009). Allerdings sind diese Therapiemöglichkeiten keine Garanten dafür, dass Betroffene ihrer Borderline-Störung Herr werden und an Lebensqualität wiedergewinnen. Dass eine Therapie bei jedem zweiten Erkrankten kaum oder nicht greift (Bohus, 2007), liegt an unzähligen Faktoren, wie der Komplexität der Störung selbst oder den Fallstricken, die sie in ihrem Verlauf auslegt und dadurch ein Vordringen zu ihrem eigentlichen Kern und dessen Bearbeitung verhindert. Es wird gewiss noch ein beträchtlicher Investitionsaufwand an Zeit und Forschung für das erweiterte Verstehen dieser Erkrankung nötig sein, um effizientere Hilfe bieten und leisten zu können. Dabei erscheint es vorrangig, die Borderline-Störung von ihren starren Stigmata, sei es nun das einer Impuls-Kontroll-Störung oder das einer posttraumatischen Belastungsstörung, loszulösen und eine Differenzierung zwischen unterschiedlicher Krankheitsausprägung, biographischen Besonderheiten und individueller Persönlichkeit zuzulassen, die nicht nur dem einzelnen Patienten gerecht würde, sondern auch weitere Blickwinkel für den Therapeuten freigäbe, die bei manchen bis dato durch Vorurteile versperrt blieben.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, dass Borderline-Patienten unterschiedliche Ausprägungen von Borderline-Symptomen haben und diese wiederum unbedingt eine genauere Betrachtung erfahren müssen, um den Patienten in seinem Leiden zu verstehen, was auch Leichsenring et al. (2011), Skodol et al. (2005) und Sanislow et al. (2002) bereits forderten. Zu unterschiedlich waren beispielsweise die Motivationen, sich in die eigene Haut zu schneiden, als dieses Verhalten nur mit "Druckabbau" zu erklären und sich daran – oftmals vergeblich – therapeutisch abarbeiten zu wollen.

Auch sollten mögliche Psychopathologien Beachtung finden, die aus früheren Beziehungstraumata herrühren, sich vermeintlich im Verborgenen abspielend, dem Therapie-

ten entziehen und von dort aber dennoch die entscheidende Triebkraft für weitere destruktive Prozesse darstellen: übertriebene Passivität im zwischenmenschlichen Verhalten bis hin zu Verhaltensweisen, die in ihrer Passivität genutzt werden, um sich selbst Schaden zuzufügen. Diese Passivität wird oftmals auch in der therapeutischen Beziehung gelebt und untergräbt fortdauernd therapeutische Prozesse. Die Patienten fühlen sich letztendlich übergangen, unverstanden und verschanzen sich hinter Depressivität und Borderline-Symptomatik. Deswegen sollte vor allem bei depressiven, passiven, anfänglich scheinbar überangepassten Patienten versucht werden, zunächst die depressiven Gefühle genauer zu betrachten und die Leere, die per definitionem schwer zu greifen ist, zu symbolisieren. Darüber hinaus sollte ein wichtiges Ziel sein, ihnen Handlungshoheit zu vermitteln und die Fähigkeit, ausgebildete Abhängigkeiten selbst zu lösen. Der Patient muss das Fortleben eines von früheren, invalidierenden Bezugspersonen infiltrierten Wertlosigkeits – und Handlungsunfähigkeitsgefühls als solches identifizieren und sich aus seinem gelebten Mangel herauslösen. Er muss seine eigenen Ressourcen erkennen, bestehen lassen und fördern. Diese Ressourcen zu entdecken und mit ihnen zu arbeiten, kann hilfreiche Säulen für die Therapie errichten und dazu führen, den Patienten in eine konstruktive Aktivität zu bringen. Dass diese therapeutische Arbeit ein hohes Maß an Stabilität und Selbstvertrauen seitens des Therapeuten fordert und ein nicht Vorhandensein dessen die Gefahr birgt, dass der Therapeut sich überfordert fühlt und aus Selbstschutz heraus sich vom Patienten distanziert, diesen folglich einen erneuten Mangel erleben lässt und das Bindungstrauma reinszeniert, erfordert allerdings die unbedingte Notwendigkeit einer regelmäßigen therapeutischen Supervision. So besteht die Möglichkeit, eine Therapie nicht nur störungsorientiert, sondern patientenorientiert zu gestalten, welche näher am Menschen als an einem Störungskomplex ist und daher die Therapie zu tiefergreifenderen Erfolg befähigt.

6 Zusammenfassung

Ziel dieser Arbeit war es, die Borderline-Störung auf unterschiedliche Ausprägungsformen dysfunktionaler Verhaltensweisen hin zu untersuchen, wobei hier der Schweregrad einer vorhandenen Depressivität als abhängige Variable herangezogen wurde.

Die zu überprüfende Hypothese war, dass sich bei stärker ausgeprägter depressiver Symptomatik die für Borderline typischen autodestruktiven Verhaltensweisen, ebenso wie ihre Motivationen, eher auf dem passiven Organisationsniveau depressiver Patienten bewegen und sich dabei in einer Form der Passivität manifestieren, die sich angesichts des herkömmlichen Verständnisses der Borderline-Pathologie häufig dem therapeutischen Arbeitsprozess entzieht.

Wir interpretierten diese Passivität als unbewusste Reinszenierung eines frühen Bindungstraumas, worauf hin die Eruierung früherer Traumata erfolgte, deren Ergebnisse auf das Bestehen einer Korrelation mit der aktuellen Ausprägung depressiver Symptomatik geprüft wurde.

32 stationär und ambulant behandelte Borderline-Patienten nahmen an der Studie teil. Anhand eines von uns eigens konstruierten Fragebogens wurden diverse dysfunktionale Verhaltensweisen abgefragt, die wiederum in vier Untergruppen eingeordnet wurden:

- Aktives dysfunktionales Verhalten (Ritzen, Rauschmittelkonsum, Essstörungen)
- passives dysfunktionales Verhalten (Eigenvernachlässigung, Isolation)
- aktives dysfunktionales Verhalten in Interaktion mit Dritten (Tätlichkeiten, Streitereien)
- passives Verhalten in Interaktion mit Dritten (devotes Verhalten, Zulassen von Grenzüberschreitungen)

Des Weiteren wurden Patienten dazu angehalten, ihre Motivationen für dysfunktionale Verhaltensweisen frei zu formulieren. So war es möglich, die jeweiligen Anlässe entsprechenden Untergruppen zuzuschreiben:

- Verhaltensweisen, die aus Gründen der Affektregulation auftraten (Druckabbau, depressive Verstimmungen)

- Verhaltensweisen, deren Ursache im Selbstkonzept zu finden ist (Selbsthass, Selbstabwertung)
- Verhaltensweisen, die aus Gründen der zwischenmenschlichen Interaktion auftraten (Verlustsängste, Abhängigkeitsverhältnisse)

Die depressive Symptomatik wurde mittels Hamilton Depression Rating Scale (HAMD) eruiert. Die Schwere erlittener Kindheitstraumata wurde anhand des CTQs bestimmt.

Das allgemeine Verteilungsmuster dysfunktionaler Verhaltensweisen ließ ein Überwiegen der passiven dysfunktionalen Verhaltensweisen gegenüber den aktiven dysfunktionalen Verhaltensweisen erkennen. Im Speziellen wurden 51,9% der abgefragten passiven dysfunktionalen Verhaltensweisen bejaht, wobei die Gründe dafür vornehmlich im Selbstkonzept zu finden waren. Etwas höher lagen die Ergebnisse bezüglich der passiven dysfunktionalen Verhaltensweisen in Interaktion mit Dritten, hier wurden 58,3% der Items von Patienten bejaht. Die entsprechenden Motivationen entspringen größendimensionsähnlich sowohl Gründen des Selbstkonzepts als auch denen der zwischenmenschlichen Interaktion. Die Items zu aktivem dysfunktionalem Verhalten wurden zu 49,2% von den Probanden bejaht, wobei derartiges Handeln meist als Versuch einer Affektregulation verstanden werden konnte, aber auch dem Selbstkonzept entsprungene Beweggründe waren in bemerkenswerten Maße zu verzeichnen. Items zu aktiver Selbstschädigung mit Dritten wurden lediglich zu 21% bejaht; auch hier zumeist aus Gründen der Affektregulation.

Wohingegen aktive dysfunktionale Verhaltensweisen bei allen Patienten gleichmäßig auftraten, zeigte sich, dass bei Borderline-Patienten die Ausprägung von passiven dysfunktionalen Verhaltensweisen mit der Schwere der Depressivität korreliert. Vor allem die Überprüfung eines Zusammenhangs zwischen dysfunktionalem Verhalten in Interaktion mit Dritten und der Schwere der Depression ergab ein signifikantes Ergebnis ($p=0,02$). Dieses bestätigt die Hypothese einer unterschiedlichen Ausprägung der Borderline-Symptomatik angesichts einer komorbiden Depression.

Berücksichtigt man einerseits, dass passives dysfunktionales Verhalten stark dem Verhalten von Kindern ähnelt, die Opfer eines missbräuchlichen Abhängigkeitsverhältnisses waren und andererseits, dass eben diese Missbrauchserfahrungen übermäßig häufig in der Anamnese der Borderline-Betroffenen zu finden sind, kann man hier auch die Hypothese bezüglich eines Fortdauerns der invalidierenden Täter-Opfer-Beziehung gefes-

tigt sehen. Allerdings spielt nicht so sehr die Form des erlittenen Missbrauchs eine Rolle als vielmehr die Beziehungsebene, auf der dieser stattfand.

Fazit:

Der Borderline-Störung lässt sich kein homogener oder rigider Phänotyp zuordnen, selbst bei augenscheinlicher Gleichheit der äußeren Symptomatik differieren die inneren Beweggründe, deren Aufdeckung und Unterscheidung für die Behandlung der Kernproblematik unumgänglich ist. Zusätzliche Faktoren, die in der nicht selten von Vorurteilen geprägten Standarddiagnose gerne übersehen werden, bestimmen weit mehr die individuelle Ausprägung dieser zunehmend verbreiteten vielschichtigen Persönlichkeitsstörung, als bisher angenommen wurde. Neben der hier im Fokus stehenden Depressivität schlagen wir die Untersuchung weiterer möglicher Einflussgrößen vor, wie individuelle Resilienz, spezifische Persönlichkeitsmerkmale oder Besonderheiten in der Gewichtung von Komorbiditäten. Dies ließe eine präzisere Unterdifferenzierung dieser in ihrer Pathologie komplexen Störung zu und mit ihr die Möglichkeit, sie individueller und damit effizienter zu behandeln.

Literaturübersicht

Akiskal HS, Benazzi F, Perugi G, Rihmer Z. (2005): Agitated "unipolar" depression re-conceptualized as a depressive mixed state: implications for the antidepressant-suicide controversy. *J Affect Disord.* 2005 Apr;85(3):245-58

American Psychiatric Association (1980): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd ed. American Psychiatric Association; Washington, DC

American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. American Psychiatric Association; Washington, DC

American Psychiatric Association (2001): *Practice Guidelines*. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry.* 2001 Oct;158(10 Suppl):1-52

Arens EA, Stopsack M, Spitzer C, Appel K, Dudeck M, Völzke H, Grabe HJ, Barnow S. (2013): Borderline personality disorder in four different age groups: a cross-sectional study of community residents in Germany. *J Pers Disord.* 2013 Apr;27(2):196-207

Baer RA, Smith GT, Allen KB. (2004): Assessment of mindfulness by self-report: the Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment.* 2004 Sep;11(3):191-206

Bandelow B, Krause J, Wedekind D, Broocks A, Hajak G, Rüther E. (2005): Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiatry Res.* 2005 Apr 15;134(2):169-79

Barnow S, Stopsack M, Grabe HJ, Meinke C, Spitzer C, Kronmüller K, Sieswerda S. (2009): Interpersonal evaluation bias in borderline personality disorder. *Behav Res Ther.* 2009 May;47(5):359-65. doi: 10.1016/j.brat.2009.02.003. Epub 2009 Feb 13

Bateman A, Fonagy P. (2009): Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 2009 Dec;166(12):1355-64. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09040539. Epub 2009 Oct 15

Bateman AW, Fonagy P. (1999): Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *Br J Psychiatry.* 2000 Aug;177:138-43

Beck A. et al. (1996): Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. J Pers Assess, 1996. 67(3):p.588-97

Berking M, Neacsiu A, Comtois KA, Linehan MM. (2009): The impact of experiential avoidance on the reduction of depression in treatment for borderline personality disorder. Behav Res Ther. 2009 Aug;47(8):663-70. doi: 10.1016/j.brat.2009.04.011. Epub 2009 May 8

Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, Stokes J, Handelsman L, Medrano M, Desmond D, Zule W. (2003): Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. Child Abuse Negl. 2003 Feb;27(2):169-90

Bezirgianian S, Cohen P, Brook JS. (1993): The impact of mother-child interaction on the development of borderline personality disorder. Am J Psychiatry. 1993 Dec;150(12):1836-42

Bohus M, Kleindienst N, Limberger M F, Stieglitz R, Domsalla M, Chapman A L, Steil R, Philipsen A, Wolf, M. (2009): The Short Version of the Borderline Symptom List (BSL-23): Development and Initial Data on Psychometric Properties. Psychopathology, 42, 32-39

Bohus M, Haaf B, Simms T, Limberger MF, Schmahl C, Unckel C, Lieb K, Linehan MM. (2004): Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. Behav Res Ther. 2004 May;42(5):487-99

Bohus M, Kröger C. (2011): Psychopathologie und Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Zum gegenwärtigen Stand der Forschung. Nervenarzt 2011. 82;16-24

Bohus M. (2007): zur Versorgungssituation von Borderline-Patienten in Deutschland. Persönlichkeitsstörn Theorie Ther 11:149-153

Bohus Martin, Wolf Martina: Interaktives SkillsTraining für Borderline-Patienten. Schattauer Gmbh; Auflage: 2, 2008

Boisseau CL, Yen S, Markowitz JC, Grilo CM, Sanislow CA, Shea MT, Zanarini MC, Skodol AE, Gunderson JG, Morey LC, McGlashan TH. (2013): Individuals with single versus multiple suicide attempts over 10 years of prospective follow-up. Compr Psychiatry. 2013 Apr;54(3):238-42. doi: 10.1016/j.comppsych.2012.07.062. Epub 2012 Sep 17

Chambless DL, Hollon SD. (1998): Defining empirically supported therapies. J Consult Clin Psychol. 1998 Feb;66(1):7-18

- Chanen AM, Kaess M. (2012): Developmental pathways to borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2012 Feb;14(1):45-53. doi: 10.1007/s11920-011-0242-y
- Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. (2007): Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry* 164:922–928
- Comtois KA, Cowley DS, Dunner DL, Roy-Byrne PP. (1999): Relationship between borderline personality disorder and Axis I diagnosis in severity of depression and anxiety. *J Clin Psychiatry.* 1999 Nov;60(11):752-8
- Cooper J, Kapur N, Webb R, Lawlor M, Guthrie E, Mackway-Jones K, Appleby L. (2005): Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *Am J Psychiatry.* 2005 Feb;162(2):297-303
- Crawford TN, Cohen PR, Chen H, Anglin DM, Ehrensaft M. (2009): Early maternal separation and the trajectory of borderline personality disorder symptoms. *Dev Psychopathol.* 2009 Summer;21(3):1013-30. doi: 10.1017/S0954579409000546
- Distel MA, Middeldorp CM, Trull TJ, Derom CA, Willemsen G, Boomsma DI. (2011): Life events and borderline personality features: the influence of gene-environment interaction and gene-environment correlation. *Psychol Med.* 2011 Apr;41(4):849-60. doi: 10.1017/S0033291710001297. Epub 2010 Jul 1
- Domes G, Schulze L, Herpertz SC. (2009): Emotion recognition in borderline personality disorder-a review of the literature. *J Pers Disord.* 2009 Feb;23(1):6-19. doi: 10.1521/pedi.2009.23.1.6
- Döring S, Hörz S, Rentrop M et al. (2010): Transference-focused psychotherapy vs treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 196:389–395
- Driessen M, Beblo T, Reddemann L, Rau H, Lange W, Silva A, Barea RC, Wulff H, Ratzka S. (2002): Ist die Borderline-Störung eine komplexe posttraumatische Störung? Zum Stand der Forschung. *Nervenarzt* 2002, 73:820-829
- Dulz B, Jensen M. (2000): Aspekte einer Traumatologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: psychoanalytisch-psychodynamische Überlegungen und empirische Daten. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg). *Handbuch der Borderline-Störungen.* Stuttgart, New York: Schattauer; 167-93
- Dulz, Birger, Herpertz, C. Sabine, Kernberg, Otto F., Sachsse, Ulrich: *Handbuch der Borderline-Störungen.* 2. Auflage. Schattauer, Stuttgart, 2011

First, Michael B, Spitzer, Robert L, Gibbon Miriam, and Williams, Janet B.W. (1995): Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders

Fonagy P, Bateman AW. (2006): Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *J Clin Psychol.* 2006 Apr;62(4):411-30

Fossati A, Feeney J, Maffei C, Borroni S. (2011): Does mindfulness mediate the association between attachment dimensions and Borderline Personality Disorder features? A study of Italian non-clinical adolescents. *Attach Hum Dev.* 2011 Nov;13(6):563-78. doi: 10.1080/14616734.2011.608993

Freud, Sigmund: Trauer und Melancholie. *GW Bd. 10*, S. 427-446. Frankfurt/M: Fischer, 1917

Frick C, Lang S, Kotchoubey B, Sieswerda S, Dinu-Biringer R, Berger M, Vesper S, Essig M, Barnow S. (2012): Hypersensitivity in borderline personality disorder during mindreading. *PLoS One.* 2012;7(8):e41650. doi: 10.1371/journal.pone.0041650. Epub 2012 Aug 3

Gabbard GO. (2005): Mind, brain, and personality disorders. *Am J Psychiatry.* 2005 Apr;162(4):648-55

Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, Smith SM, Dawson DA, Pulay AJ, Pickering RP, Ruan WJ. (2008): Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry.* 2008 Apr;69(4):533-45

Grilo CM, Becker DF, Anez LM, McGlashan TH. (2004): Diagnostic efficiency of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: an evaluation in Hispanic men and women with substance use disorders. *J Consult Clin Psychol.* 2004 Feb;72(1):126-31

Grilo CM, Sanislow CA, McGlashan TH. (2002): Co-occurrence of DSM-IV personality disorders with borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease.* 2002;190:552-554

Grunderson JG. (2009): Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a Diagnosis. *Am J Psychiatry.* 2009 May; 166(5): 530-539

Gunderson JG, Lyons-Ruth K. (2008): BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: a gene-environment-developmental model. *J Pers Disord.* 2008 Feb;22(1):22-41. doi: 10.1521/pedi.2008.22.1.22

Gunderson JG, Morey LC, Stout RL, Skodol AE, Shea MT, McGlashan TH, Zanarini MC, Grilo CM, Sanislow CA, Yen S, Daversa MT, Bender DS. (2004): Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: longitudinal interactions. *J Clin Psychiatry*. 2004 Aug;65(8):1049-56

Gunderson JG, Phillips KA. (1991): A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *American Journal of Psychiatry*. 1991;148:967–975

Gunderson JG, Singer MT. (1975): Defining borderline patients: an overview. *Am J Psychiatry*. 1975;132:1–10

Haaf B, Pohl U, Deusinger IM, Bohus M. (2001): Untersuchungen zum Körperkonzept bei Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Psychother Psych Med* 2001; 51(6): 246-254

Hamilton, M. (1960): A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1960.23:p.47-51

Hartocollis, P. (1977): Affects in borderline disorders. In P. Hartocollis (Ed.). *Borderline Personality Disorders. The Concept, the Syndrome, the Patient*. New York: International Universities Press, pp. 495 -507

Hughes CH. (1884): Borderland psychiatric records - pro-dromal symptoms of psychical impairment. *Alienist Neurologist*; 5: 85-91

James E. ,Groves, M.D (1981): Borderline Personality Disorder, *N Engl J Med* 1981; 305:259-262

Jerschke S, Meixner K, Richter H, Bohus M. (1998): Zur Behandlungsgeschichte und Versorgungssituation von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 1998; 66: 545–52

Kaess M, von Ceumern-Lindenstjerna IA, Parzer P, Chanen A, Mundt C, Resch F, Brunner R. (2012): Axis I and II comorbidity and psychosocial functioning in female adolescents with borderline personality disorder. *Psychopathology*. 2013;46(1):55-62. doi: 10.1159/000338715. Epub 2012 Aug 7

Kamphuis JH, Ruyling SB, Reijntjes AH. (2007): Testing the emotion regulation hypothesis among self-injuring females: evidence for differences across mood states. *J Nerv Ment Dis*. 2007 Nov;195(11):912-8

Kernberg OF. (1968): The treatment of patients with borderline personality organization. *Int J Psychoanal*. 1968;49:600–619

Kernberg OF. (1984): Problems in the classification of personality disorders. In: severe personality disorders. Yale Univ Press, New Haven, CT, S 77-94

Kernberg, Otto F.: Borderlinestörungen und pathologischer Narzissmus. Frankfurt/M., Suhrkamp, 1975

Kleindienst N, Bohus M, Ludäscher P, Limberger MF, Kuenkele K, Ebner-Priemer UW, Chapman AL, Reicherzer M, Stieglitz RD, Schmahl C. (2008): Motives for nonsuicidal self-injury among women with borderline personality disorder. J Nerv Ment Dis. 2008 Mar;196(3):230-6. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181663026

Kliem S, Kröger C, Kosfelder J. (2010): Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a meta-analysis using mixed-effects modeling. J Consult Clin Psychol. 2010 Dec;78(6):936-51. doi: 10.1037/a0021015

Klinitzke G., Romppel M. Häuser W., Brähler E., Glaesmer H. (2012): The German Version of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): psychometric characteristics in a representative sample of the general population. Psychother Psychosom Med Psychol 62(2):47-51

Klonsky ED. (2007): The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. Clin Psychol Rev. 2007 Mar;27(2):226-39. Epub 2006 Oct 2

Knight R. (1953): Borderline states. Bull Menninger Clin. 1953;17:1-12

Koh KB, Kim CH, Park JK. (2002): Predominance of anger in depressive disorders compared with anxiety disorders and somatoform disorders. J Clin Psychiatry. 2002 Jun;63(6):486-92

Kristeva, Julia: Schwarze Sonne. Depression und Melancholie. Frankfurt: Brandes, 1987/2007

Kruegelbach N, Walker HI, Chapman HA, Haro G, Mateu C, Leal C. (2006): Comorbidity on disorders with loss of impulse-control: pathological gambling, addictions and personality disorders. Actas Esp Psiquiatr. 2006 Mar-Apr;34(2):76-82

Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New Antonia S, Leweke F. (2011): Borderline personality disorder. Lancet 2011;377: 74-84

Leichsenring, F. (2004): Quality of depressive experiences in borderline personality disorders: Differences between patients with borderline personality disorder and patients with higher levels of personality organization. Bulletin of the Menninger Clinic 68: 9 -22

Levy KN, Edell WS, McGlashan TH. (2007): Depressive experiences in inpatients with borderline personality disorder. *Psychiatr Q.* 2007 Jun;78(2):129-43

Lieb K, Linehan M, Schmahl Ch, Zanarini M, Bohus M. (2004): Borderline personality disorder. *Lancet*, 2004, Vol. 364, S. 453–61

Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. (1991): Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry.* 1991 Dec;48(12):1060-4

Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, Korslund KE, Tutek DA, Reynolds SK, Lindenboim N. (2006): Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2006 Jul;63(7):757-66

Lynch TR, Rosenthal MZ, Kosson DS, Cheavens JS, Lejuez CW, Blair RJ. (2006): Heightened sensitivity to facial expressions of emotion in borderline personality disorder. *Emotion.* 2006 Nov;6(4):647-55

Masterson, J. F.: Psychotherapie bei Borderline -Patienten. Stuttgart: Klett -Cotta, 1976

McGowan A, King H, Frankenburg FR, Fitzmaurice G, Zanarini MC. (2012): The course of adult experiences of abuse in patients with borderline personality disorder and Axis II comparison subjects: a 10-year follow-up study. *J Pers Disord.* 2012 Apr;26(2):192-202. doi: 10.1521/pedi.2012.26.2.192

Nitkowski D, Petermann F. (2011): Non-suicidal self-injury and comorbid mental disorders: a review. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 2011 Jan;79(1):9-20. doi: 10.1055/s-0029-1245772. Epub 2010 Nov 22

Oldham JM. (2006): Borderline personality disorder and suicidality. *Am J Psychiatry.* 2006 Jan;163(1):20-6

Paris J. (2005): Understanding self-mutilation in borderline personality disorder. *Harv Rev Psychiatry.* 2005 May-Jun;13(3):179-85

Plener PL, Kapusta ND, Kölch MG, Kaess M, Brunner R. (2012): Nicht-suizidale Selbstverletzung als eigenständige Diagnose. Implikationen des DSM-5 Vorschlages für Forschung und Klinik selbstverletzenden Verhaltens bei Jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 40: 113-120

Plener et al. (2013): Modifiziertes Ottawa/Ulm Selbstverletzungsinventar

Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. (2005): Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis. *Nord J Psychiatry*. 2005;59(5):319-24

Real, Terrence – Mir geht's doch gut. Männliche Depressionen, Scherz, 1999

Reicherzer M, Brandl T. (2011): Der Fragebogen zu selbstverletzendem Verhalten - ein neues Erhebungsinstrument für die klinische Praxis. *Psychotherapie* 16. Jahrg. 2011, Bd. 16, Heft 2, CIP-Medien, München

Rosenthal MZ, Gratz KL, Kosson DS, Cheavens JS, Lejuez CW, Lynch TR. (2007): Borderline personality disorder and emotional responding: a review of the research literature. *Clin Psychol Rev*. 2008 Jan;28(1):75-91. Epub 2007 Apr 19

Sack M, Sachsse U, Overkamp B, Dulz B. (2012): Traumafolgestörungen bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Der Nervenarzt*

Sansone RA, Chang J, Jewell B, Sellbom M, Bidwell M. (2013): Compulsive buying and borderline personality symptomatology. *J Pers Disord*. 2013 Apr;27(2):260-8. doi: 10.1521/pedi.2013.27.2.260

Sansone RA, Sansone LA. (2011): Sexual behavior in borderline personality: a review. *Innov Clin Neurosci*. 2011 Feb;8(2):14-8

Sansone RA, Sansone LA. (2012): Borderline personality and externalized aggression. *Innov Clin Neurosci*. 2012 Mar;9(3):23-6

Shearin EN, Linehan MM. (1994): Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: theoretical and empirical foundations. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1994;379:61-8

Skodol AE, Bender DS. (2003): Why are women diagnosed borderline more than men? *Psychiatr Q*. 2003 Winter;74(4):349-60

Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. (2002): The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol Psychiatry*. 2002 Jun 15;51(12):936-50

Stanley B, Wilson ST. (2006): Heightened subjective experience of depression in borderline personality disorder. *J Pers Disord*. 2006 Aug;20(4):307-18

Stern, A. (1938): Psychoanalytic Investigation and therapy in the borderline group of neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*, Vol 7, 1938, 467-489

Stiglmayr CE, Shapiro DA, Stieglitz RD, Limberger MF, Bohus M. (2001): Experience of aversive tension and dissociation in female patients with borderline personality disorder -- a controlled study. *J Psychiatr Res.* 2001 Mar-Apr;35(2):111-8

Stoffers J, Völlm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. (2010): Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Jun 16;(6):CD005653. doi: 10.1002/14651858.CD005653.pub2

Trull TJ, Jahng S, Tomko RL, Wood PK, Sher KJ. (2010): Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *J Pers Disord.* 2010 Aug;24(4):412-26. doi: 10.1521/pedi.2010.24.4.412

Westen, D, Moses, M.J., Silk, K.R., Lohr, N.E., Dogen, R., Segal, H. (1992): Quality of depressive experiences in borderline personality disorders and major depression: When depression is not just depression. *Journal of Personality Disorders* 6: 382 - 393

Wilkinson-Ryan T, Westen D. (2000): Identity disturbance in borderline personality disorder: an empirical investigation. *Am J Psychiatry.* 2000 Apr;157(4):528-41

Winograd G, Cohen P, Chen H. (2008): Adolescent borderline symptoms in the community: prognosis for functioning over 20 years. *J Child Psychol Psychiatry.* 2008 Sep;49(9):933-41

Wupperman P, Fickling M, Klemanski DH, Berking M, Whitman JB.(2013): Borderline Personality Features and Harmful Dysregulated Behavior: The Mediation Effect of Mindfulness. *J Clin Psychol.* 2013 Mar 4. doi: 10.1002/jclp.21969

Wupperman P, Neumann CS, Whitman JB, Axelrod SR. (2009): The role of mindfulness in borderline personality disorder features. *J Nerv Ment Dis.* 2009 Oct;197(10):766-71. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181b97343

Yen S, Shea MT, Battle CL, Johnson DM, Zlotnick C, Dolan-Sewell R, Skodol AE, Grilo CM, Gunderson JG, Sanislow CA, Zanarini MC, Bender DS, Rettew JB, McGlashan TH. (2002): Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *J Nerv Ment Dis.* 2002 Aug;190(8):510-8

Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A, Reynolds V. (1998): Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry.* 1998;155:1733–1739

Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE, Reich RB, Vera SC, Marino MF, Levin A, Yong L, Frankenburg FR. (1997): Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1997 Aug;154(8):1101-6

Zanarini MC, Yong L, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Marino MF, Vujanovic AA. (2002): Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *J Nerv Ment Dis*. 2002 Jun;190(6):381-7

Anhang

Liebe Patientin, lieber Patient,

auf den folgenden Seiten werden bestimmte Verhaltensweisen abgefragt, die Ihnen vielleicht bekannt sind. Bitte kreuzen

Sie nur „ja“ an, wenn das Verhalten in den letzten beiden Jahren mindestens dreimal vorgekommen ist.

Sollten Sie „ja“ angekreuzt haben, so schreiben Sie darunter bitte etwas zu Ihrer Motivation, also warum Sie das gemacht

haben oder, wenn man es bei dem Verhalten benennen kann, die Gefühle oder Gedanken, die sie dazu brachten es zu tun

oder die sie damit verbinden. Schreiben Sie nur so viel dazu, wie Sie möchten und können.

Frage: Ja nein

Haben Sie Ihre Körperpflege vernachlässigt, d.h. Zähneputzen, Duschen, Haare frisieren etc? 0 0

Warum?

Haben Sie Nahrungsaufnahme vernachlässigt? 0 0

Warum?

Haben Sie Schlaf vernachlässigt? 0 0

Warum?

Haben Sie Gesellschaft von anderen Menschen vermieden oder gar Isolation gesucht? 0 0

Warum?

Haben Sie die Post nicht geöffnet oder gar aus dem Briefkasten genommen? 0 0

Warum?

Haben Sie Arzt – und/oder Therapeutenbesuche versäumt? 0 0

Warum?

Haben Sie sich um übliche Zahlungen wie Miete, Strom etc nicht gekümmert? 0 0

Warum?

Haben Sie Schwierigkeiten gehabt, in Ihrem Haushalt Ordnung zu halten? 0 0

Warum?

Haben Sie allgemein Schwierigkeiten gehabt, den Alltag zu strukturieren? 0 0

Warum?

Haben Sie bei Spannungszuständen Ihre Skillskette nicht angewendet? 0 0

Warum?

Haben Sie allgemein therapeutische Verfahren aus der DBT nicht umgesetzt? 0 0

Warum?

Haben Sie nicht reagiert, wenn ein Freund oder Bekannter Sie zu kontaktieren versucht hat? 0 0

Warum?

Haben Sie, obwohl Sie wussten, dass Ihnen Unrecht getan wurde, es geschehen lassen? 0 0

Warum?

Sind Sie in Konfliktsituationen nicht für sich eingestanden? 0 0

Warum?

Haben Sie Kontakte zu Menschen aufrecht erhalten, obwohl Sie wussten, dass diese Ihnen nicht guttun?
0 0

Warum?

Haben Sie Hilfe nicht annehmen können? 0 0

Warum?

Haben Sie sich mit Gegenständen selbst verletzt? 0 0

Warum?

Haben Sie sich mit scharfen Instrumenten so verletzt, dass Sie ärztlich versorgt werden mussten? 0 0

Warum?

Haben Sie mit der Faust gegen Wände o.ä. geschlagen oder Mobiliar/Geschirr zerstört? 0 0

Warum?

Haben Sie für Ihre Verhältnisse übermäßig viel Geld ausgegeben? 0 0

Warum?

Haben Sie regelmäßig Alkohol konsumiert? 0 0

Warum?

Haben Sie bei bestimmten Gelegenheiten übermäßig viel Alkohol getrunken? 0 0

Warum?

Haben Sie von Medikamenten mehr eingenommen, als ursprünglich verordnet? 0 0

Warum?

-XXVII-

Haben Sie Drogen konsumiert (inklusive THC)? 0 0

Warum?

Haben Sie absichtlich weniger oder gar nichts gegessen? 0 0

Warum?

Haben Sie absichtlich zuviel gegessen oder regelrechte Essanfälle gehabt? 0 0

Warum?

Erbrechen Sie regelmäßig nach dem Essen? 0 0

Warum?

Verbringen Sie übermäßig viel Zeit vor dem Computer? 0 0

Warum?

Besuchen Sie im Internet Foren über psychiatrische Erkrankungen oder Suizid? 0 0

Warum?

Spielen Sie (Rollen)spele im Internet? 0 0

Warum?

Besuchen Sie im Internet Seiten mit Inhalten über SVV , Pro Ana oder allgemein triggernden Texten? 0 0

Warum?

Suchen Sie manchmal Orte auf, mit denen Sie schlechte Gefühle assoziieren? 0 0

Warum?

Halten Sie sich manchmal in Spielhallen auf? 0 0

Warum?

Gehen Sie oft auf öffentliche Veranstaltungen, in Kneipen oder Nachtclubs? 0 0

Warum?

Provozieren Sie absichtlich Streit? 0 0

Warum?

Suchen Sie manchmal körperliche Auseinandersetzungen mit anderen Menschen? 0 0

Warum?

Haben Sie mit viel wechselnden Partnern Geschlechtsverkehr? 0 0

Warum?

Vermeiden Sie alles, was mit Sexualität zu tun hat, vollkommen? 0 0

Warum?

Fahren Sie manchmal absichtlich mit überhöhter Geschwindigkeit oder allgemein riskant? 0 0

Warum?

Gibt es allgemein noch andere Verhaltensweisen, die Sie für sich als problematisch bezeichnen würden oder von denen andere sagen, sie seien problematisch?

Anhang 1: Fragebogen zur Erfassung unterschiedlicher Arten von selbstschädigendem Verhalten und ihrer Motivation

Eidesstattliche Versicherung

Holzamer, Eva Sophia

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema „Die Ausprägung dysfunktionaler Verhaltensweisen von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in Abhängigkeit von depressiver Symptomatik“ selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

Ort, Datum

Unterschrift